



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE CONTROLE  
DA TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

**JANINE MARQUES MEDEIROS E SILVA**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2013**

**JANINE MARQUES MEDEIROS E SILVA**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE CONTROLE  
DA TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> MsC. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

**CAJAZEIRAS – PB**

**2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

S586p Silva, Janine Marques Medeiros e  
O processo de trabalho do enfermeiro nas ações de controle  
da tuberculose: desafios e perspectivas. / Janine Marques  
Medeiros e Silva. Cajazeiras, 2013.  
76f. : il.  
Bibliografia

Orientadora: Arieli Rodrigues Nóbrega Videres  
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. Saúde Pública. 2. Tuberculose. 3. Atenção Primária  
a Saúde. 4. Enfermagem Saúde Pública. I. Videres,  
Arieli Rodrigues Nóbrega. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 614

**Janine Marques Medeiros e Silva**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE CONTROLE  
DA TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal de Campina Grande, como  
requisito para a obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

---

Profª Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres  
Orientadora (UFCG)

---

Profª Ms. Kennia Sibelly  
Membro da Banca (UFCG)

---

Profª Esp. Geofábio  
Membro da Banca (UFCG)

À Deus, guia perfeito dos meus caminhos e senhor da minha vida; Aos meus maiores amores, meus pais, Carlos e Alessandra, por sempre me apoiarem e batalharem para que eu pudesse chegar até aqui e realizar meus sonhos; À minha orientadora Arieli por ser a grande incentivadora desse trabalho e ter sido acolhedora nesse momento da minha vida acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Como de costume, mas não pelo costume, agradeço primeiramente à Deus, pelo dom maior dado ao ser humano, a vida, por toda sua proteção e orientações diárias, por ter resgatado em mim uma força sublime, nos momentos em que pensei que não conseguiria. "Toda honra e toda glória, é Dele a vitória alcançada em minha vida!"

Aos meus eternos amores, meu pai e minha mãe, Carlos e Alessandra. Não tenho palavras para agradecer pelo amor incondicional, pelos valiosos ensinamentos sobre como proceder na vida, por sempre estarem do meu lado, me ajudando a superar as dificuldades e aplaudindo minhas vitórias. Essa conquista é nossa! Muito obrigado por tudo! Amo vocês!

Às minhas irmãs, Jéssica e Jaíza, por sempre se fazerem presentes na minha vida, pelo amor e carinho e apoio a mim destinados, e mesmo que eu mal demonstre o meu amor por vocês, saibam que eu não consigo imaginar minha vida sem vocês! Amo vocês!

À Bernadete, carinhosamente Deta, por todo carinho, por sempre se preocupar e cuidar de mim todos esses anos.

Aos meus avós, paternos e maternos, por todo amor, incentivo e pelos exemplos de vida. Amo vocês!

Às meus tios por todo incentivo e carinho, mas em especial, a titio Bosquinho, o qual considero como um irmão, obrigada de todo coração por todo apoio, carinho e por nunca medir esforços para me ajudar!

À minha orientadora, Arieli Nóbrega, por todos os ensinamentos, por ter acreditado nas minhas potencialidades e respeitado minhas dificuldades. Serei eternamente grata, por ter destinado uma parte do seu tempo, mesmo diante de um momento tão especial, a maternidade, para que esse estudo pudesse ser concretizado.

À todos os professores da UFCG, pelos ensinamentos não apenas científicos, mas também humanos, por ter lapidado na minha vida os verdadeiros princípios da arte do cuidar.

Às minhas amigas, Kalline, Wanessa, Fernanda e Livia, por terem vivenciado comigo momentos de alegrias, felicidades, mas também de angústias e decepções durante todos esses anos e terem sido a mão amiga no momento de fraquejo. Finalmente conseguimos o nosso tão almejado e difícil objetivo, sermos enfermeiras e podem ter certeza que vocês fizeram dessa árdua caminhada, um trilhar leve e magnífico! Meus sinceros agradecimentos e espero que a distância que estar por vir, não abale nossa amizade e sempre que precisarem, já sabem onde me procurar.

À todos os colegas que fazem parte da turma Enfermagem 2009.1, pela acolhida e por todos os momentos vivenciados!

À Thaiany, uma amiga que tenho como uma irmã, por sempre estar presente em todos os momentos da minha vida, sejam eles de alegrias ou tristezas, por sempre me apoiar e me corrigir. Te adoro muito!

À todos que contribuíram e torceram por essa conquista.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,  
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre  
aquilo que todo mundo vê”.*

*(Arthur Schopenhauer)*

SILVA, Janine Marques Medeiros. **O processo de trabalho do enfermeiro nas ações de controle da tuberculose: desafios e perspectivas.** 2013. 75f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2013.

## RESUMO

**Introdução:** As ações de tratamento e controle da Tuberculose no Brasil estão inseridas no contexto da Atenção Primária à Saúde, uma vez que a mesma é uma doença priorizada pelo Ministério da Saúde e tem o enfermeiro como protagonista ativo no desenvolvimento das ações de combate à moléstia proposta pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose. **Objetivo:** conhecer os principais desafios e perspectivas no processo de trabalho do enfermeiro nas ações de controle da tuberculose desenvolvidas na Atenção Básica. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, quanti-qualitativo foi realizado nos municípios de Sousa e Cajazeiras, ambos localizados no Alto Sertão Paraibano no período de agosto e setembro de 2013 com 32 enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família das devidas localidades. Foram selecionados profissionais atuantes há mais de seis meses no serviço, independentes da titulação, vínculo empregatício e número de doentes de tuberculose cadastrados na unidade, e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa após os esclarecimentos éticos. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado e analisados através da estatística descritiva e da análise de conteúdo. **Resultados:** Os principais resultados revelaram a predominância do sexo feminino (96,90%), com sujeitos com idades entre 30 e 39 anos (46,90%), casados (54,20%), com pós-graduação (72,13%), renda pessoal de 2 a 3 salários mínimos (62,50%), 65,63% são contratados, com atuação há menos de 01 ano nas ESF (50,00%) e 53,20% dos enfermeiros não realizaram curso de capacitação sobre a TB há menos de dois anos. Os enfermeiros possuem um conhecimento clínico, epidemiológico e social sobre a TB, sendo o tratamento (16,80%), educação em saúde (15,20%) e busca ativa (13,50%) as principais ações desenvolvidas pelos mesmos no combate a TB. Entre as dificuldades encontradas na operacionalização das ações de combate a patologia foram a adesão ao tratamento, o estigma e o tabu que envolve a doença e o abandono da terapia pelo doente, sendo a principal expectativa dos profissionais ao desenvolver as ações de controle da patologia a cura e a erradicação da mesma. Ao olhar dos participantes as principais ações que colaboram com a eficácia das ações propostas pelo PNCT são a educação em saúde, a capacitação profissional e envolvimento dos gestores com as ações de combate a TB. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos, afirma-se que as ações de combate a TB são fragmentadas, o que justifica as principais dificuldades encontradas na operacionalização das ações, adesão e abandono do tratamento, sendo essencial um maior envolvimento dos gestores com a causa, disponibilizando insumos materiais preconizados pelo PNCT, bem como a capacitação profissional, proporcionando a assistência qualificada, integral e humanizada

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Pública. Tuberculose.



SILVA, Janine Marques Medeiros. **The process of nursing work in efforts to control tuberculosis: challenges and prospects.** In 2013. 75f. Monograph (Course Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2013.

## ABSTRACT

**Introduction:** The treatment actions and tuberculosis control in Brazil are embedded in the context of primary health care, since it is a disease prioritized by the Ministry of Health has nurses as active protagonist in the development of actions to combat the disease proposed by the National Tuberculosis Control. **Objective:** To know the main challenges and perspectives in the process of nursing work in efforts to control tuberculosis developed in Primary Care. **Methods:** This exploratory, descriptive, quantitative and qualitative was conducted in the municipalities of Sousa and Cajazeiras, both located in Alto Sertão Paraíba during August and September 2013 with 32 nurses working in the Family Health Strategy of appropriate locations. Were selected professionals working for more than six months in the service, independent of the titration, employment and number of tuberculosis patients registered in the unit, and agree to participate voluntarily in the study after ethical clarification. For data collection we used a semi-structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and content analysis. **Results:** The main results revealed the predominance of females (96.90%), with subjects aged between 30 and 39 years (46.90%), married (54.20%), with post-graduate (72.13%), personal income 2-3 minimum wages (62.50%), 65.63% are employed, working for less than 1 year at FHS (50.00%) and 53.20% of nurses did not attend training course less than two years. The nurses have a clinical knowledge, epidemiological and social about TB, and treatment (16.80%), health education (15.20%) and active (13.50%) the main actions taken by them in combat TB. Among the difficulties encountered in the operation of actions to combat the disease were adherence to treatment, stigma and taboo surrounding the disease and the abandonment of therapy by the patient, and the main expectation of professionals to develop actions to control the disease and the cure eradicate it. When looking at the participants the main actions that contribute to the effectiveness of the actions proposed by the NTCP are health education, professional training and involvement of managers with actions to combat TB. **Conclusion:** From the results obtained, it is said that actions to combat TB are fragmented, which allows the main difficulties in the operationalization of activities, membership and abandonment of treatment, it is essential to involve the managers to the cause, providing material inputs recommended by the NTCP as well as professional training, providing skilled attendance integral and humanized.

**Keywords:** Primary Health Care Public. Health Nursing. Tuberculosis.

## LISTA DE SIGLAS

- ABS - Atenção Básica em Saúde
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AD- Análise do Discurso
- APS - Atenção Primária em Saúde
- BAAR - Bacilo Álcool-Ácido Resistente
- BK - Bacilo de Koch
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CEO – Centro de Especializações Odontológicas
- COFEN- Conselho Nacional de Enfermagem
- E - Etambutol
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- H - Isoniazida
- HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
- ID- Intradérmica
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
- MS - Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PB- Paraíba
- PPD- Derivado Protéico Purificado
- PNCT - Plano Nacional de Controle a Tuberculose
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF - Programa Saúde da Família
- R - Rifampicina

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SIS - Sistema de Informação em Saúde

TB – Tuberculose

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

Z – Pirazinamida

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis sexo, idade e estado civil.....	35
<b>Tabela 2:</b> Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis titulação, função, renda pessoal e renda familiar.....	37
<b>Tabela 3:</b> Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis tipo e tempo de vínculo na instituição, jornada de trabalho, se possui outros vínculos e participação de cursos.....	39
<b>Tabela 4:</b> Ações de combate a TB desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem nas UBS.....	45
<b>Tabela 5:</b> Dificuldades na operacionalização das ações de combate a TB.....	51
<b>Tabela 6:</b> Ações necessárias para melhorar a eficácia das ações de combate a TB.....	57

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
3.1 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	18
3.2 AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	29
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	29
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	35
5.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO COMBATE A TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....	42
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62
<b>APÊNDICES</b> .....	68
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	69
<b>ANEXOS</b> .....	70
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	71
ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	72
ANEXO C – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	73
ANEXO C – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74

## 1 INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma Ata em 1978, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 provocaram no Brasil uma mudança na organização do sistema público de saúde, no qual o modelo biomédico foi substituído pelo modelo tecnoassistencial da Atenção Primária em Saúde (APS), caracterizada por ações de promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo, situadas no primeiro nível de atenção à saúde objetivando a disseminação da saúde nas populações (FACHINI et al., 2006).

O fortalecimento da APS no Brasil foi evidenciado através da implantação e efetivação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada a porta de entrada do usuário no sistema público de saúde, que objetiva a prevenção e a promoção da saúde possibilitando aos indivíduos uma abordagem integral, humanizada e contínua através da abordagem interdisciplinar e multiprofissional, guiando-se nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam, a acessibilidade e a formação de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade (XIMENES NETO et al., 2013).

De acordo com Gomes e Sá (2009), o vínculo estabelecido entre a equipe de saúde e a comunidade é um dos pilares da ESF devido a sua importância na manutenção dos cuidados individuais e coletivos mediante a identificação dos determinantes do processo saúde-doença da comunidade, possibilitando o indivíduo a entender sua co-responsabilidade no processo terapêutico através do diálogo, respeito e cooperação entre os profissionais de saúde e o mesmo. Nesse contexto, a criação do vínculo é uma ferramenta fundamental na mudança do modelo assistencial, no combate, diagnóstico, cura e reabilitação do indivíduo acometido por patologias diversas, como a Tuberculose (TB).

A TB é uma doença infectocontagiosa de caráter estigmatizante e de raízes sociais, associada às condições socioeconômicas desfavoráveis do indivíduo, que se manifesta principalmente em áreas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocasionando um impacto em todos os aspectos que o envolve, incluindo o econômico e o social devido às despesas financeiras, a diminuição da produtividade laboral e a discriminação. Neste caso, faz-se necessária uma assistência integral realizada por uma equipe multiprofissional com intervenções resolutivas e de combate ao problema através da identificação dos determinantes sociais da população e de estratégias eficazes e acessíveis de diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção (OBLITAS et al., 2010).

No Brasil, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) adotou em 1998, como estratégia de controle da TB a Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) com o objetivo de diagnosticar pelo menos 70% dos casos de TB previstos e curar 85% deles. A estratégia DOTS é um conjunto de ações de combate à TB recomendada em 1993 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em estado de emergência da enfermidade, composta por cinco diretrizes essenciais: compromisso político e suporte financeiro do governo no combate a TB; diagnóstico por meio de exames laboratoriais de qualidade; tratamento padronizado com supervisão de dose; fornecimento dos medicamentos propostos e, sistema de informação com notificação adequada (RODRIGUES et al., 2008).

O DOTS é desenvolvido no Brasil no âmbito da APS pela ESF favorecendo a descentralização, horizontalização e expansão das ações de vigilância e controle da TB e possibilitando ao enfermo uma assistência integralizada, humanizada e contínua, contribuindo assim, para uma melhor aceitação do tratamento pelo paciente e redução nas taxas de abandono terapêutico (SÁ, 2011).

Segundo Marcolino et al., (2009), o enfermeiro, por ser um dos profissionais que mais estabelece vínculo com o paciente na ESF, é considerado um dos principais atores no combate a TB, sendo o responsável pelo acompanhamento do processo evolutivo do mesmo e de sua família, através do desenvolvimento de ações propostas pelo DOTS, tais como, realizar a busca ativa de casos sintomáticos, solicitar o exame da baciloscopia para confirmar o diagnóstico, supervisionar o tratamento e apoiar o paciente, atualizar o sistema de informação, acompanhar os comunicantes e realizar ações educativas e preventivas na comunidade.

Na operacionalização do DOTS, a enfermagem, categoria fundamental na execução dessas atividades, convive cotidianamente com dificuldades políticas, financeiras e assistenciais que dificultam a eficácia dessa estratégia. Sá (2012) elucida os principais entraves no processo de trabalho do enfermeiro no combate a TB, quais sejam, a assistência fragmentada, rotatividade profissional nas unidades de saúde, ausência de insumos para a realização do diagnóstico na ESF, demora no recebimento dos exames laboratoriais, autonomia reduzida do enfermeiro relacionada ao campo político (ato médico), ausência de cursos de capacitação para os profissionais e o abandono da terapia pelo paciente (SÁ, 2012).

De acordo com Silva (2007), para que os objetivos de redução dos índices de morbimortalidade da TB propostos pelo PNCT sejam obtidos e as dificuldades encontradas na efetividade do DOTS sejam solucionadas é necessária uma mudança no processo de trabalho da ESF, no qual seu funcionamento deve ser coerente com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), através de uma atuação contínua e humanizada por parte de uma equipe

multiprofissional capacitada e detentora de autonomia própria para tomar decisões sobre o desenvolvimento das ações, bem como, através do fortalecimento do vínculo profissional/usuário possibilitando, assim, uma melhor adesão do paciente ao tratamento. Outro fator importante na melhoria da eficácia da ESF refere-se à participação efetiva e resolutiva dos gestores com o fornecimento de insumos terapêuticos e diagnósticos, bem como, de meios para que os profissionais se capacitem.

Diante da relevância da TB para a saúde pública e em face do seu alto nível de acometimento populacional, as ações de tratamento e controle da patologia são desenvolvidas no âmbito da APS, sendo a enfermagem um ator ativo e importante na detecção precoce da TB, no tratamento supervisionado e na sua prevenção, enfrentando dificuldades e medos próprios diários em busca de uma melhor qualidade de vida da comunidade (OBLITAS et al., 2010).

O profissional de enfermagem desenvolve o papel assistencial, educativo e gerencial na atenção básica, sendo atribuído a este a responsabilidade de acompanhar todo o processo evolutivo da terapia de um indivíduo acometido pela TB, assim como, de realizar ações de combate da patologia na comunidade (SÁ et al., 2012). Diante desse contexto, questiona-se: em que consiste as ações de controle da TB desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF? Quais as principais dificuldades enfrentadas por estes profissionais na implementação dessas ações? Quais as suas principais perspectivas?

Diante da relevância da TB para a saúde mundial e da vivência acadêmica durante três meses em uma ESF no Município de Sousa o que possibilitou identificar a importância do enfermeiro no gerenciamento, assistência e educação das Unidades de Saúde e Cajazeiras ser considerada uma das cidades prioritárias no combate a TB justifica-se o interesse em compreender o contexto atual do processo de trabalho do enfermeiro no combate a moléstia, bem como, descobrir suas principais dificuldades na execução do mesmo e seus anseios para melhoria do plano de combate a patologia.

Espera-se que esse levantamento não contribua apenas como uma avaliação das ações de combate da TB nos municípios em estudo, mas também, com a Política de Saúde Pública do Brasil em busca de efetivação do modelo assistencial voltado para a prevenção e promoção da saúde, diagnosticando os principais impasses inerentes ao desenvolvimento das ações de controle da TB executadas pelos Enfermeiros nas ESF, bem como colaborar com sugestões para um melhor direcionamento das políticas públicas voltadas a essa moléstia.



Durante a infecção por TB, o indivíduo recebe uma carga de bacilos e os mesmos atingem o pulmão desenvolvendo uma infecção inespecífica. Após a infecção, o organismo estabelece uma reação de hipersensibilidade, mediada pelas células imunológicas de defesa, resultando na formação do nódulo granulomatoso. Durante esse período, dependendo do estado imunológico do indivíduo pode ocorrer o bloqueio da multiplicação dos bacilos e a

pessoa não adoecer, ou ocorrer à migração dos bacilos para outras partes do corpo (gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos) ocasionando assim, a TB extrapulmonar (AGUIAR; RIBEIRO, 2008). O mesmo autor relata que o indivíduo que não adoeceu no primeiro momento, pode adoecer com o passar dos anos dependendo do seu estado biopsicossocial e de um novo contato com uma carga bacilar.

O diagnóstico da TB é realizado através da história clínica e fundamentado nos exames bacteriológicos (baciloscopia do escarro e cultura do BK), exames radiológicos, prova tuberculínica e dos exames histopatológicos, sendo priorizados na solicitação a baciloscopia e a radiografia (SANTOS et al., 2012).

A história clínica ocorre através de uma abordagem epidemiológica (história familiar, contato com alguma pessoa com TB, presença de fatores de risco para o adoecimento: HIV, diabetes) e busca da presença de sinais e sintomas. Para a realização do diagnóstico, a história clínica deve estar associada algum outro método de diagnóstico (AGUIAR; RIBEIRO, 2008).

A principal forma clínica da doença é a pulmonar, por ser a mais freqüente e a mais relevante para a saúde pública devido a sua responsabilidade na manutenção da cadeia de transmissão da doença. Os principais sinais e sintomas dessa forma clínica são: tosse seca e continua no início e posteriormente com presença de secreção, cansaço excessivo, sudorese noturna, febre vespertina, emagrecimento acentuado e palidez. As formas clínicas extrapulmonares são mais raras e sua sintomatologia depende do órgão afetado (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

A investigação bacteriológica é essencial para o diagnóstico da TB e para o acompanhamento do desenvolvimento da doença e tem como principais exames a baciloscopia direta do escarro e a cultura do BK.

A baciloscopia direta do escarro, também conhecida como pesquisa de BAAR (bacilo álcool-acido resistente) é o principal método diagnóstico da TB porque permite descobrir os casos bacilíferos. Para o diagnóstico, é recomendado a coleta de duas amostras de escarro, a primeira durante a primeira consulta e a segunda no dia seguinte ao despertar. Em casos de uma terceira amostra a mesma pode ser coletada no ato de entrega da anterior. A baciloscopia é solicitada aos pacientes sintomáticos respiratórios, suspeita clínica ou radiológica de TB pulmonar e suspeita clínica de TB extrapulmonar (BRASIL, 2011).

Para um resultado eficaz é necessário alguns cuidados relacionados à quantidade de amostra (5 a 10 mL) e a qualidade, pois a amostra deverá ser da secreção pulmonar e não dá saliva, devendo assim o paciente inspirar profundamente e das condições de coleta e armazenamento das secreções (BRASIL, 2011).

A cultura microscópica ou do BK é indicada para os suspeitos de TB pulmonar cujo exame de baciloscopia deu negativo; para diagnóstico de TB extrapulmonar e para casos de suspeita de resistência bacteriana ao tratamento. Nessa última indicação, a mesma deve ser acompanhada de um exame de sensibilidade (BRASIL, 2008).

O exame radiológico é um método auxiliar no diagnóstico da doença, sendo solicitado para todos os pacientes com suspeita de TB pulmonar, pois seus achados apontam para a suspeita da doença em atividade ou no passado, além do tipo e da extensão do comprometimento pulmonar. É essencial a realização do exame de baciloscopia do escarro para que se obtenha um diagnóstico correto (BRASIL, 2011).

A prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico de TB em indivíduos que não receberam a vacina da BCG. A tuberculina utilizada no Brasil é a Derivado Protéico Purificado (PPD) RT23, aplicada via intradérmica (ID) no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1ml, o que equivale a 2 unidades de tuberculina. No ato da administração as regras utilizadas são baseadas na aplicação da BCG (BRASIL, 2002).

A leitura da prova é realizada no intervalo de tempo de 72 a 96 horas após a aplicação da substância através de uma régua milimetrada, e tem como análise dos resultados: 0 a 4mm (não reator) o indivíduo não foi infectado pelo BK; 5 a 9mm (reator fraco) infectados pelos bacilos ou vacinados pela BCG e 10mm ou mais (reator forte) indivíduo infectado com probabilidade de adoecimento ou tomou a BCG nos últimos 2 anos. Esse exame é recomendado pelo MS para todos os indivíduos portadores de HIV e profissionais admitidos ao serviço de saúde (BRASIL, 2002).

O exame histopatológico é utilizado na investigação de TB extrapulmonar. A lesão encontrada apresenta-se na forma granulomatosa, com necrose e presença de células multinucleadas, o que é comum a outras patologias (BRASIL, 2008).

A TB é uma doença de alto índice letal, porém curável em praticamente 100% dos casos, desde que os princípios básicos do tratamento sejam respeitados e a operacionalização do mesmo seja realizada de forma adequada. O tratamento é realizado em nível ambulatorial, com duração mínima de seis meses e envolve uma associação farmacológica diária (BRASIL, 2011).

O tratamento pode ser iniciado por um diagnóstico de probabilidade com os objetivos principais de cura do paciente; redução da transmissibilidade do bacilo, pois após 15 dias de tratamento o paciente é considerado não infectante; prevenção da recidiva, da resistência aos fármacos utilizados e prevenção das complicações e seqüelas. O tratamento após ser iniciado,

só pode ser interrompido após mudança de diagnóstico ou reações adversas severas aos medicamentos (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

O PNCT padronizou o tratamento de TB com duração mínima de seis meses, baseado em uma associação de quatro fármacos com doses fixas combinadas na fase de ataque: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E) e com a R e H na fase de manutenção. Essa associação medicamentosa contribuiu para a redução dos índices de abandono do tratamento, visto que a primeira terapia medicamentosa era realizada com três tipos de cápsulas, o que ocasionava um número elevado de cápsulas ao dia (CONDE et al., 2009).

O esquema tratamento da TB possui duas fases: a fase intensiva ou de ataque, com o objetivo de reduzir a quantidade de bacilos e a fase de manutenção, com o intuito de atingir os BK resistentes. O esquema básico é o 2RHZE/4RH e é indicado para os casos novos na forma clínica pulmonar e extrapulmonar, com exceção da meningoencefálica, casos de recidiva e em casos de reinício de tratamento. O esquema infantil envolve apenas três drogas (2RHZ/7RH), devido a reação de neurite ótica, predisponente na infância. No esquema básico, a quantidade de comprimidos diários está relacionada a faixa de peso e no esquema infantil a parte influenciada por esse fator é a dosagem das fórmulas (BRASIL, 2011).

Além da terapia farmacológica, o indivíduo com TB deverá ser acompanhado continuamente, possuir uma dieta hipercalórica, o sono e repouso preservados, utilizar uma medicação sintomática, realizar exame de baciloscopia durante o tratamento para avaliar a evolução do mesmo e deverá ser avaliado os sinais de intoxicação hepática ou reações adversas do medicamento (AGUIAR; RIBEIRO, 2008).

O abandono do tratamento é considerado uma das principais dificuldades no controle da TB no Brasil, e o mesmo é caracterizado pela ausência do paciente por mais de trinta dias na unidade de saúde, após a data aprazada para o retorno. A deficiência terapêutica ocasiona um prolongamento do estado infeccioso do indivíduo e uma maior propagação dos bacilos entre a população (SOUZA; et.al., 2010).

Com o objetivo de reduzir os índices de morbimortalidade da TB, a OMS criou em 1993, uma estratégia de combate a enfermidade, a qual estava em estado emergencial na época, essa estratégia foi denominada de Tratamento Diretamente Observável de Curta Duração (DOTS). Esse plano de ação só foi implantado no Brasil em 1998, pelo PNCT (NOGUEIRA et al., 2009).

O DOTS é constituído de cinco ações prioritárias: detecção de casos por baciloscopia, tratamento observável e padronizado, distribuição dos medicamentos, sistema de informações

que viabilize uma avaliação segura do tratamento e o compromisso dos gestores com o controle da TB, visto que é uma das patologias inclusas no Pacto pela Vida (RODRIGUES et al., 2008). A estratégia é desenvolvida principalmente pela ESF, após a descentralização das ações de vigilância e controle da doença para a atenção primária, sendo a equipe de saúde um instrumento de melhorias no tratamento da TB, contribuindo para o aumento do número da adesão a terapia e na redução de casos de abandono (SA et. al., 2007).

As principais ações de controle da TB realizada pela equipe da UBS são: educação em saúde, busca ativa dos sintomáticos respiratórios, realização da baciloscopia para o diagnóstico e controle da doença, acompanhamento clínico periódico, consulta de enfermagem, dispensamento da medicação, realização da tomada de medicação supervisionada, notificação dos casos no sistema de informação, utilização das fichas de acompanhamento e aprazamento, convocação dos faltosos, vacinação dos comunicantes, visitas domiciliares (BRASIL, 2011).

O controle dos comunicantes é vital para identificar e combater as principais fontes de infecção na comunidade, sendo necessária uma busca ativa com posterior solicitação de baciloscopia ou radiografias, dependendo da situação clínica que o indivíduo se encontra. Nos casos em que o resultado dos exames solicitados seja negativo, deve-se administrar a vacina BCG de acordo com o protocolo do Programa Nacional de Imunização (PNSI) e em alguns casos realizar a quimioprofilaxia (administração da H em pessoas infectadas pelo bacilo no período de seis meses) (AGUIAR; RIBEIRO, 2008).

No Brasil, a TB é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória, sendo os indivíduos portadores da patologia cadastrados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) após a confirmação do diagnóstico. A notificação é realizada através da Vigilância Epidemiológica, possibilitando uma análise epidemiológica geral e um acompanhamento diário dos casos de TB (cura, abandono, transferência ou óbito) (AGUIAR; RIBEIRO, 2008).

Para que ocorra a operacionalização adequada do DOTS é necessária uma reorganização nas práticas do cuidado, uma articulação entre os serviços primários e especializados, uma adequação tecnológica, capacitação profissional e o cumprimento dos gestores com relação as normas estabelecidas, como, rede laboratorial disponível, abastecimento das drogas terapêuticas, oferta de alimentação, transportes e tratamento supervisionado (TRIGUEIRO et al., 2011).

Os enfermeiros, como protagonistas no combate a TB possuem obstáculos políticos, como o Ato Médico, favorecendo o modelo biomédico e fragilizando a assistencial integral

por uma equipe multiprofissional, gerenciais, sociais e assistenciais que impedem a eficácia das ações de controle da TB proposta pelo PNCT, ocasionando um diagnóstico tardio da patologia, conseqüentemente um tratamento em evolução clínica avançada da patologia, contribuindo para os níveis elevados de incidência da doença (HIJJAR et al., 2007).

No nível gerencial, os gestores dificultam a implementação das ações de combate ao BK através da falta de apoio financeiro, não oferecendo uma infra-estrutura adequada aos pacientes para a realização do TS e uma rede de diagnóstico centralizada nos centros de referências (RODRIGUES et al., 2008).

Assistência fragmentada, falta de capacitação profissional o que compromete o desenvolvimento eficaz das estratégias de controle da doença, rotatividade profissional ocasionando uma dificuldade na formação do vínculo do indivíduo com a equipe de saúde, demora nos recebimentos dos exames laboratoriais levando ao doente a procurar os Centros de Referências e o abandono da terapia pelos pacientes são as principais dificuldades encontradas pelos profissionais no combate a TB (SÁ et al., 2012).

O abandono do tratamento é a dificuldade de maior relevância na assistência e combate a TB por ocasionar resistência as drogas do tratamento e aumentar a disseminação do bacilo. O risco do abandono ocorre principalmente nos três primeiros meses de tratamento, logo após a regressão dos sintomas da doença, ocasionando ao doente à ilusão de cura. Outros fatores desencadeantes da não adesão a terapia pelo indivíduo está relacionado a longa duração do tratamento, a intolerância medicamentosa e a quantidade de comprimidos tomados diariamente, sendo necessário ao paciente um acompanhamento contínuo, integral e que o mesmo se conscientize da sua co-responsabilização na eficácia do tratamento (SÁ et al., 2007).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantiquantitativa. A pesquisa exploratória ocorre quando existe pouco conhecimento do tema abordado e têm como principal finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e idéias, formulando hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores e possui como características a flexibilidade, a informalidade e a criatividade, sendo considerado o primeiro contato do pesquisador com a situação a ser pesquisada fazendo parte assim do planejamento da pesquisa (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva tem a finalidade de expor as características de uma determinada população ou fenômeno (KAURT; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). A abordagem quantiquantitativa é o método que permite a associação entre os dados estatísticos e os significados das relações humanas, utilizando-se assim, da racionalidade e interpretação concomitantemente, sendo considerada uma pesquisa positiva, pois utiliza de duas abordagens que se completam em suas características (GOMES; ARAÚJO, 2012).

Os dados quantitativos dão ênfase ao perfil sócio-demográfico, formação, experiência enfermeiros que atuam na ESF, em Sousa e Cajazeiras- PB e sobre as principais atividades desenvolvidas pelos mesmos no combate a TB, suas dificuldades e soluções para melhorar a operacionalização do DOTS. Já os dados qualitativos dão destaque aos significados atribuídos por estes profissionais sobre o seu conhecimento acerca da TB, bem como a descrição das atividades desenvolvidas pelos mesmos no controle da moléstia estudada e suas expectativas a cerca da temática.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas ESF que envolvem os municípios de Sousa e Cajazeiras, ambas localizadas no estado da Paraíba (PB).

A cidade de Sousa está localizada no interior do Estado da PB, a 427 Km da capital João Pessoa e a 220m à cima do nível do mar. Limita-se com as cidades de Nazarezinho e São José da Lagoa Tapada ao Sul, Vieirópolis, Lastro e Santa Cruz ao Norte, São Francisco e Aparecida ao Leste e a Oeste com os municípios de Marizópolis e São João do Rio do Peixe. É o terceiro maior município em extensão territorial no estado, ocupando uma área de 842,

275 km<sup>2</sup>, com 30,220 Km<sup>2</sup> área de perímetro urbano. De acordo com o censo de 2010, Sousa é o sexto município mais populoso da PB com 65.807 habitantes, com densidade populacional de 78,11 hab/ km<sup>2</sup>. Seu IDH é de 0,658. A cidade de Sousa pertence à Mesorregião do Sertão Paraibano, à Microrregião de Sousa e polariza 15 municípios da 10<sup>a</sup> Região Geoadministrativa da Paraíba (BRASIL, 2010).

O município de Cajazeiras está localizado na extremidade ocidental do Estado da PB, na área do semi-árido brasileiro, limitando-se a Oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao Sul São José de Piranhas, a Noroeste de Santa Helena, a Norte e Leste São João do Rio do Peixe e a Sudeste Nazarezinho. Ocupa uma área de 586,275 km<sup>2</sup>, com densidade populacional de 97,7 hab/km<sup>2</sup> e possui um IDH médio de 0,685. Sua população, conforme os últimos dados do IBGE é de 58.437 mil habitantes. A sede é acrescida de quatro distritos: Engenheiro Ávidos, Catolé dos Gonçalves, Cocos e Divinópolis. Cajazeiras é o pólo da 9<sup>a</sup> Gerência de Regional de Saúde do Estado e é considerado um dos seis municípios prioritários no combate a TB, diante dos seus altos índices de indivíduos portadores do BK, sendo esta uma das primeiras cidades na Paraíba a estabelecer o DOTS no seu plano de ação nas unidades de saúde.

Ambos os municípios, possuem uma rede de saúde com foco na ABS. Sousa possui 26 ESF, sendo 19 na zona urbana e sete na zona rural. Cajazeiras, por sua vez, detém 16 unidades de saúde, correspondendo a 12 na zona urbana e quatro localizadas nos distritos. As UBS são formadas por uma equipe multidisciplinar generalista (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e pela equipe de saúde bucal), caracterizada pelo atendimento com demanda espontânea e programada, funcionamento em horário comercial (7 às 11 horas e 13 às 17 horas) e com disponibilidade de recursos de baixa tecnologia.

As principais ações desenvolvidas estão relacionadas às políticas de saúde propostas pelo MS com a finalidade curativa. As UBS têm como fonte de apoio a assistência de saúde as policlínicas, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), os Centros de Especializações Odontológicas (CEO), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População também denominada de universo, é a totalidade de indivíduos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas para um determinado estudo. E amostra é a parte da população selecionadas de acordo com uma regra ou plano, em que a mesma pode



ser probabilística, obtida através de sorteio e não-probabilística alcançada pelo acaso, cota ou de forma intencional (GIL, 2008).

A população foi formada por todos os enfermeiros que atuam nas ESF dos municípios citados, perfazendo um universo de 42 profissionais, sendo 26 enfermeiros da cidade de Sousa e 16 de Cajazeiras, sendo escolhido, deste total, uma amostragem não-probabilística intencional de 32 profissionais, os quais 22 são enfermeiros atuantes na ESF de Sousa e 10 de Cajazeiras para comporem a amostra que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão.

Como critérios de inclusão foram selecionados enfermeiros atuantes na ESF de ambos os municípios há mais de seis meses, independentes da titulação, vínculo empregatício e número de doentes de tuberculose cadastrados na unidade, e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa após os esclarecimentos éticos.

Foram excluídos os enfermeiros com menos de 06 meses de atuação em uma unidade de saúde independente da sua titulação, vínculo empregatício e presença ou não de portadores de TB na unidade de saúde, que estivessem no período de férias ou licença médica, ou por ventura não se encontrasse na unidade de saúde na ocasião de três visitas da pesquisadora, bem como aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado. Questionário é um conjunto ordenado de questões que devem ser respondidas por escrito pelo informante, devendo ser objetivo, limitado em sua extensão e conter informações sobre a importância da colaboração do participante, o propósito da pesquisa e normas de preenchimento do mesmo (GIL, 2008).

O referido questionário (APÊNDICE A) compreendeu de 17 questões divididas em duas seções: i) caracterização dos enfermeiros, a qual é composta por 11 perguntas relacionadas aos dados socioeconômicos e de trabalho e ii) voltados à temática em questão, formada por seis perguntas subjetivas abordando o pensamento dos enfermeiros sobre a patologia estudada, as ações desenvolvidas, suas dificuldades e potencialidades na operacionalização das ações de combate a TB e sugestões para melhoria das ações propostas pelo PNCT.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de Setembro do decorrente ano após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

No entanto, para o desenvolvimento do estudo foram solicitados a Coordenação do Curso de Enfermagem ofícios, os quais foram entregues ao Secretário Municipal de Saúde, a Diretora de Atenção à Saúde, bem como a Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose a fim de apresentar os objetivos, o caráter científico e a relevância social do estudo para os usuários, profissionais e para o próprio município.

Após autorização institucional e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, a pesquisadora realizou uma visita as UBS com a finalidade de apresentar o estudo aos enfermeiros e após seu livre consentimento registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi agendado o melhor dia e horário para preenchimento do questionário.

A coleta de dados propriamente dita realizou-se de forma individual, na qual a pesquisadora entregou a cada participante o instrumento pertinente, orientando sobre a melhor forma de respondê-lo sem influenciar sua resposta e aguardou o retorno do mesmo após completo preenchimento.

Ao término de cada coleta, foram feitos os devidos agradecimentos aos participantes, bem como as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento do estudo. No mais, a pesquisadora comprometeu-se em reunir todos os participantes e gestores para exposição e debate dos resultados encontrados.

Como viés encontrado no momento da coleta de dados, destacam-se a ausência do profissional na ocasião de três visitas a unidade e a recusa de alguns profissionais em participar da pesquisa ao ler o questionário.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa Microsoft Excel, por meio de índices de frequência e percentual, sendo os dados demonstrados em tabelas e confrontados de acordo com a literatura vigente.

Os dados empíricos passaram pelo processo de análise, utilizando-se como técnica o método de análise de conteúdo, a qual é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da

mensagem, na qual colocam em evidência os indicadores que interferem sobre outra realidade que não seja a da mensagem. Análise obedece três fases: Pré-análise; Exploração do material ou codificação; Tratamento dos resultados, Inferência e Interpretação (BARDIN, 2008).

Na primeira etapa ocorreu a preparação do material para análise na qual através de uma leitura intensa, os instrumentos foram escolhidos e, formuladas as hipóteses e indicadores utilizados na interpretação final. Na segunda fase os dados foram transformados e distribuídos em categorias de acordo com as narrativas obtidas do texto. Por fim a última etapa, que se caracterizou pelo tratamento dos resultados, inferência e interpretação, teve explicitadas as modalidades ou eixos temáticos apresentados com maior frequência. Em seguida os dados foram agrupados e expressos, passando pelo processo de apresentação e discussão.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos de estudos com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Esta resolução regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e asseguram aos participantes do estudo informações acerca da sua finalidade, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação, em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência. Neste âmbito, a presente pesquisa, enquanto projeto, será submetida ao CEP do HUAC/UFCG, vinculado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

O participante foi assegurado de todos os seus direitos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado e datado, sendo uma via entregue ao participante a outra está sob posse do pesquisador. Na análise dos resultados os participantes foram decodificados com letras e números garantindo assim seu anonimato

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo encontra-se dividido em dois momentos, quais sejam, o primeiro é destinado à caracterização socioeconômica e profissional dos participantes, através das variáveis sexo, idade, estado civil, renda pessoal e familiar, titulação, tempo de atuação na instituição, tipo de vínculo e jornada de trabalho contribuindo com um melhor entendimento da problemática.

Segundo Cotta et al. (2006) para obter um conhecimento mais abrangente da saúde de uma população é necessário considerar as características sociais, econômicas e interdisciplinares dos profissionais que atuam na área de saúde, pois os mesmos são responsáveis pelo desempenho das atividades sanitárias e de atenção na comunidade, as quais devem ser condizentes com as necessidades da mesma.

O segundo momento é evidenciado pela apresentação dos dados voltados a problemática do estudo, sendo analisadas e discutidas questões referentes a ótica do profissional enfermeiro acerca da TB, as ações de controle da doença desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF, como ocorre os cuidados ao portador do BK e sua família, bem como as principais dificuldades vivenciadas e/ou identificadas pelos enfermeiros no combate a patologia, suas expectativas com relação a problemática e sugestões para uma melhor eficácia das ações de combate a TB preconizadas pelo PNCT.

Com a finalidade de conservar o anonimato dos participantes e de seguir os trâmites éticos da pesquisa, os profissionais foram identificados pela letra E – de Enfermeiro - seqüenciada pelos números de um a 32 escolhidos aleatoriamente.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

**Tabela 1:** Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis sexo, idade e estado civil.

Variável	Categoria	f	%
<b>Sexo</b>	Feminino	31	96,90%
	Masculino	01	3,10%
<b>Idade</b>	20-29 anos	13	40,60%
	30-39 anos	15	46,90%
	40-49 anos	03	9,30%
	Não Responderam	01	3,20%
<b>Estado Civil</b>	Casado	17	54,20%
	Solteiro	13	30,80%
	Divorciado	02	6,40%
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Na Tabela 1, observa-se que em relação à variável sexo existe uma maioria (96,90%) do sexo feminino, enquanto apenas 3,10% dos participantes são do sexo masculino, percebendo-se assim uma intensa influência da mulher no exercício da Enfermagem.

A predominância feminina na atuação da Enfermagem foi comprovada em uma pesquisa realizada por Barreto, Krempel e Humereg (2001), na qual 87,24% dos profissionais de enfermagem atuantes no Brasil eram mulheres e somente 12,76% eram do sexo masculino. Este traço característico prevalente na Enfermagem é existente desde os primórdios da profissão, tendo em vista, que a enfermagem era considerada uma extensão das atividades femininas.

Corrêa et al. (2012) em um estudo desenvolvido na cidade de Cuiabá, com 79 enfermeiros das unidades básicas de saúde atuantes no município, no ano de 2012 provaram que entre os enfermeiros atuantes na ABS predominou o gênero feminino, com 88,6% dos profissionais e sendo apenas 11,4% do gênero masculino. A ascensão social da mulher está intimamente relacionada com sua inserção no mercado de trabalho, contribuindo assim para uma conquista de espaço e reconhecimento em todas as esferas de trabalho.

Após leituras intensas em artigos relacionadas à problemática, como por exemplo Spíndola, Martins, Francisco (2007) no qual comprovaram a predominância da mulher na Enfermagem através de estudo realizado no Rio de Janeiro com estudantes ingressantes do Curso de Enfermagem de uma instituição de ensino privada e outra pública, em que 85,5% dos estudantes eram do sexo feminino associados aos dados obtidos na pesquisa, fica evidenciado a relação entre o sexo feminino e o desenvolvimento das ações de controle da TB

no âmbito da APS, visto que a grande maioria dos profissionais de Enfermagem que atua nas ESF são mulheres.

Com relação à faixa etária dos profissionais verifica-se que as idades variaram entre 20 a 49 anos, com o intervalo de idade prevalente entre os mesmos de 30 a 39 anos (46,90%), outros 40,60% variam de 20 a 29 anos, seguidos de 9,30% que estão entre o intervalo etário de 40-49 anos e 3,20% não responderam a questão.

Santos e Castro (2010) contrariam os dados encontrados com relação à variável idade ao verificar em um estudo realizado no Piauí que a faixa etária predominante entre as enfermeiras atuantes na ESF é de 26-30 anos. O PSF é considerado uma porta de entrada no mercado de trabalho entre os egressos da Enfermagem devido ao medo de não possuir experiência profissional, visto que este âmbito é o que menos realiza procedimentos invasivos, devido as suas ações serem voltadas para a promoção e prevenção à saúde.

Quanto à variável estado civil constata-se que 54,2% dos profissionais são casados, 30,8% solteiros e 6,4% são juridicamente separados. Concordando com estes dados, uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2011 afirma que 83,95% dos enfermeiros são casados (49,29%), 34,66% são solteiros e 9,35% dos profissionais não declararam seu estado civil.

Corroborando com a idéia de que a mulher ocupa a função de chefe de família, Corrêa et al (2012) relata em seus estudos que 49,3% dos enfermeiros da atenção básica no Mato Grosso são casados, enquanto que 36,7% são solteiros, 6,3% vivem em um relacionamento estável e 5,1% são divorciados.

Tal fato revela que o enfermeiro busca uma melhor qualidade de vida através de uma união estável, visto que ocorrerá uma junção das rendas entre os companheiros acarretando uma estabilidade financeira e conseqüentemente uma melhor condição de vida pessoal e familiar.

Por outro lado, o fato de serem casados ocasiona um acúmulo de atividades pessoais e profissionais e com isso uma deficiência na atuação profissional dos mesmos, visto que não possuem exclusividade de tempo para o trabalho e em algumas situações acúmulo de empregos com a finalidade de conseguir uma renda financeira melhor e colaborar na melhoria da qualidade de vida da família. Essa fragilidade no campo profissional pode contribuir para a não execução de todas as atividades propostas pelos programas de saúde de que compõem a ESF.

**Tabela 2:** Caracterização dos profissionais de Enfermagem quanto às variáveis titulação, função, renda pessoal e renda familiar.

Variável	Categoria	F	%
Titulação dos Enfermeiros	Pós-Graduação	25	78,13%
	Graduação	07	21,87%
Função	Assistência/Gerência	23	71,88%
	Assistência	07	21,87%
	Gerência	02	6,25%
Renda Pessoal	2 a 3 salários	20	62,50%
	4 a 5 salários	09	28,12%
	6 a 7 salários	02	6,25%
	Não Responderam	01	3,13%
Renda Familiar	2 a 5 salários	08	25,00%
	6 a 10 salários	10	31,25%
	11 a 15 salários	01	3,13%
	Não Responderam	13	40,62%
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Com relação à formação dos participantes, os dados da tabela 2 mostram que 78,13% dos enfermeiros cursaram uma pós-graduação e 21,87% possuem apenas a graduação. Corroborando com os resultados da pesquisa, Rocha e Zeitone (2007) afirmam que 66,6% dos enfermeiros atuantes no PSF de um município do Piauí possuem algum tipo de especialização, sendo a mais prevalente em Saúde Pública (50%).

A busca pela realização de cursos de pós-graduação pelos profissionais de enfermagem é uma característica evidente entre os recém-formados, bem como em todos os profissionais que buscam por uma educação continuada, visto que é um fator decisivo para sua entrada no mercado de trabalho ou no âmbito do ensino e demonstra o interesse pela qualificação e reciclagem dos mesmos, apesar dos entraves pessoais, profissionais e até mesmo geográficos, contribuindo assim para uma assistência qualificada e a redução dos índices de morbimortalidade existentes no país.

Em contrapartida os enfermeiros mais experientes buscam as capacitações para que possam permanecer nos seus campos de atuação, visto que o mercado trabalho exige um título que não seja apenas a graduação (BEZERRA et al., 2012).

No tocante à variável função profissional, verifica-se que 71,88% dos enfermeiros atuam na assistência e gerência, 21,87% somente na assistência enquanto que 6,25% atuam nas gerências das unidades de saúde. Isso remete ao acúmulo de função do enfermeiro nas

ESF, ocasionando uma sobrecarga de responsabilidades contribuindo para uma deficiência em um dos setores o qual atua, seja ele, a assistência ou a gerência.

Em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, Brondani Júnior et al. (2011) comprovaram que a maioria dos enfermeiros atuantes nas ESF desenvolve atividades assistenciais e gerenciais, sendo as principais atividades voltadas a assistência, como exemplo, pré-natal, imunização, acompanhamento de idosos e diabéticos, puericultura. Quanto às atividades gerenciais, estas são representadas pelo planejamento das ações, organização da unidade, entrega de dados a Secretaria Municipal de Saúde e alimentação dos sistemas de saúde.

As atividades de gerenciamento da unidade são pertencentes a todos os profissionais atuantes na ESF, porém por características desenvolvidas pelos enfermeiros, como criatividade, liderança e organização o papel gerencial remeteu-se apenas a este profissional contribuindo assim para um acúmulo de responsabilidades e divisão de tempo entre as execuções das ações sobre seus encargos. E diante da necessidade de uma generosa quantidade de tempo da parte burocrática para ser realizada, o enfermeiro limita-se praticamente a realizar atividades gerenciais, desenvolvendo reduzidas atividades assistenciais, detendo-se muitas vezes a consultas de enfermagem e a realizações de ações de algumas políticas de saúde pública preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Corroborando com essa assertiva Ramos et. al. (2009) comprovaram em seu estudo realizado em seis Municípios do Rio Grande do Sul sobre o perfil dos enfermeiros que atuam nas ESF, que as principais atividades desenvolvidas pelos mesmos foram o gerenciamento da unidade (95,8%), avaliação das atividades executadas pelos ACS (91,7%), supervisão e coordenação da equipe de enfermagem e ACS (75,0%), enquanto que as menos desenvolvidas foram as consultas de enfermagem (50%) e curativos (35,5%). Essa predominância das atividades gerenciais proporciona uma redução das atividades assistenciais, bem como de prevenção e promoção à saúde as quais são propostas pelos planos de controle a determinadas doenças, como a TB.

Sobre a renda pessoal, percebeu-se que 62,5% dos enfermeiros recebem de dois a três salários vigentes, 28,5% possui uma renda pessoal mensal de quatro a cinco salários, 6,25% varia de seis a sete salários e 3,13% omitiram a resposta por considerar a mesma de caráter íntimo. Esses dados relacionam-se com um dos fatores de desmotivação profissional, a baixa remuneração da profissão, o que ocasiona a busca por novos vínculos empregatícios com a finalidade de obter uma melhor qualidade de vida.



No tocante a variável renda familiar, observa-se que 31,25% dos profissionais possui a renda familiar entre seis a 10 salários mínimos, 25% é referente a quantidade de dois a cinco salários, 3,13% varia de 11 a 15 salários e a grande maioria dos participantes (40,62%) não respondeu a questão pelos mesmos motivos citados na variável anterior.

Os salários defasados em relação a remuneração dos profissionais de Enfermagem de Minas Gerais, também foi observado em uma pesquisa realizada por Fernandes et al. (2011), os quais verificaram que os enfermeiros recebem entre quatro e oito salários mínimos. Essa baixa remuneração influencia no desenvolvimento das funções de Enfermagem, visto que torna-se um fator de frustração profissional contribuindo para a não realização da assistência adequada preconizada pelo MS e busca por outras fontes de renda para assim obter uma melhor qualidade de vida ocasionando assim uma dupla jornada de trabalho.

**Tabela 3:** Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis tipo, número e tempo de vínculo, jornada de trabalho, e participação em cursos de capacitação sobre a temática.

Variável	Categoria	F	%
Tipo de Vínculo	Contratado	21	65,63%
	Concursado	09	28,12%
	Não Responderam	02	6,25%
Tempo de Vínculo	Menos de 1 ano	16	50,00%
	01 a 05 anos	11	34,37%
	06 a 10 anos	04	12,50%
	11 a 15 anos	01	3,13%
Jornada de Trabalho	40 horas/semanais	26	81,26%
	30 horas/semanais	04	12,50%
	20 horas/semanais	01	3,12%
	Não Responderam	01	3,12%
Possui outros vínculos	Não	20	62,50%
	Sim	12	37,50%
Participação em cursos	Não	17	53,20%
	Sim	15	46,80%
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa Direta/2013

De acordo com a Tabela 3, sobre a variável tipo de vínculo, observa-se que 65,63 % dos profissionais são contratados por tempo determinado, ou seja, foram convidados a exercerem a sua função, enquanto que 28,12% são estatutários, ou seja, entraram no serviço através de concursos públicos e 6,25% não responderam a questão.

Essa problemática não é exclusiva das localidades estudadas, visto que em uma pesquisa do MS foi demonstrado que apenas 15% dos enfermeiros pertencentes a equipe de saúde da família são efetivos, sendo a grande maioria contratados (FERNANDES et al., 2011). Essa realidade é existente devido aos políticos utilizarem a ESF como uma fonte de emprego nos períodos eleitorais, ocasionando assim instabilidade profissional, baixa remuneração e conseqüentemente a busca por novos empregos, fatores que prejudicam o desempenho dos profissionais na dinâmica da ESF, pois os mesmos adquirem um desgaste físico e emocional.

Os contratos temporários e os vínculos precários com a instituição são dificuldades enfrentadas pela APS, visto que esse modelo requer uma estabilidade profissional no serviço diante de um dos seus princípios básicos que é a formação do vínculo profissional/comunidade, sendo necessárias assim aberturas de concursos públicos no âmbito da APS (FERNANDES et al., 2011).

De acordo com a variável tempo de atuação na instituição observa-se que 50% dos profissionais atuam na ESF a menos de 1 ano, 34,37% possuem o vínculo entre 1 a 5 anos, 12,5% exercem a enfermagem na unidade no período de seis a dez anos e 3,13% atuam no intervalo de tempo de onze a quinze anos. Isso permite pensar que esses profissionais são consecutivos à mudança de gestão nos dois municípios estudados, ocasionando assim uma mudança no quadro profissional da ABS e quebra de vínculos e dinâmica de trabalho existente anteriormente.

Discordando dos achados, Oliveira e Tavares (2010) em seus estudos realizados no Município de Uberaba com doze enfermeiras que labutam nas unidades de saúde através de um questionário semi-estruturado, constataram que 41% dos enfermeiros atuantes na ESF possuíam entre um e dois anos de vínculo na instituição, dispondo de experiência profissional e conhecimento na área de atuação.

No tocante da variável jornada de trabalho, visualiza-se que 81,26% dos profissionais possuem carga horária semanal de 40 horas, 12,5% atuam 30 horas/semanais, 3,12% 20 horas semanais e 3,12% não responderam a questão. Isso remete a exaustiva carga horária do profissional de enfermagem, visto que o ideal é uma carga horária de 30 horas/semanais proposta pelo Projeto de Lei nº 2295/00, o que possibilitaria ao profissional melhor qualidade de vida.

Acredita-se que a carga horária de 20 horas/semanais de uma pequena parcela dos pesquisados seja devido aos mesmos atuarem na zona rural, pois nos municípios estudados a zona rural tem a carga horária reduzida devido o deslocamento para as unidades. E os

profissionais com a carga horária de 40 horas/semanais, possuem outro vínculo empregatício com o objetivo de aumentar a sua remuneração mensal.

Porém, como se observa na tabela acima, 62,50% dos profissionais afirmaram não possuir outro vínculo empregatício e 37,50% possuem outro vínculo. Dos participantes que possuem outro vínculo 100% possuem dois vínculos de emprego. A maioria dos participantes não possui outro vínculo decorrente da falta de tempo para realização do mesmo, em decorrência da extensa carga horária exigida pela ABS tendo que ainda dispor de tempo para assuntos de cunho pessoal.

Os profissionais buscam outros vínculos devido a má remuneração salarial e por possuírem uma carga horária reduzida devido a algum acordo feito entre a instituição e o contratado, tendo essa redução da carga horária uma forte ligação com a remuneração mensal do profissional.

Com relação a variável participação em cursos de capacitação sobre a TB, 53,13% dos profissionais afirmaram não terem realizado nenhum curso de capacitação sobre a temática e 46,87% participaram de cursos de atualizações relacionada a patologia citada anteriormente nos últimos dois anos.

A não realização de cursos de capacitação está relacionada a má remuneração, a sobrecarga de trabalho, desmotivação profissional e falta de incentivo dos gestores na realização dos cursos de atualização, visto que existe políticas voltadas para a atualização dos profissionais de saúde, a Educação Continuada e Educação Permanente.

Corroborando com os dados, Silva et al (2010) em um estudo realizado em Vitória demonstrou que apenas 29% dos enfermeiros atuantes na ESF possuíam cursos de capacitação recentes e que entre os cursos realizados, 67,6% estavam voltados para a TB, Hanseníase e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). A oferta desses cursos está relacionada o fato das patologias serem consideradas um grave problema de saúde pública e existir uma meta para redução dos casos novos.

Paulind et al (2009) afirmaram que para que se mude a realidade da assistência á saúde é necessário mudar a mentalidade dos profissionais e o instrumento essencial na capacitação e qualificação dos mesmos é a Educação Permanente, visto que é através da atualização dos profissionais que ocorre a reformulação da gestão, atenção e controle social, sendo um dos principais atores nesse processo de ensino e aprendizagem das práticas cotidianas o enfermeiro.

## 5.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Ao serem questionados sobre o que pensavam sobre a TB, 16 profissionais de enfermagem descreveram a doença como infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida pelas vias aéreas e curável, como podem ser observadas através das falas a seguir:

*“TB é uma doença infecto contagiosa que passa facilmente de uma pessoa para outra, atinge principalmente os pulmões. O diagnóstico é feito via análise dos sintomas e radiografia do tórax, como também exames laboratoriais através da secreção. O tratamento é feito a base de antibióticos com duração de 6 meses, as medicações são gratuitas distribuídas pelo SUS” (E16).*

*“Doença infectocontagiosa, causada por micobacterium tuberculose, denominado de bacilo de koch” (E1).*

*“Tuberculose é uma doença infectocontagiosa que acomete o aparelho respiratório, sua transmissão ocorre através das vias aéreas por tosse, fala ou espirro” (E6).*

*“É uma doença infectocontagiosa que pode ser fatal e que progride silenciosamente. É transmitida através de gotículas ao tossir, que contém o bacilo de koch, que é um microorganismo minúsculo que apesar do tamanho pode ser visto no microscópio” (E14).*

*“Que é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria que pode acometer vários órgãos, não somente o pulmão como muitos pensam, mas que se tratada tem cura” (E16).*

Através das leituras das falas, percebe-se que os profissionais consideraram a TB apenas na sua forma clínica, relacionando-a com o seu modo de transmissão e cura, o que nos remete a pensar que esses profissionais atuam no modelo biomédico, ou seja, voltados apenas para a patologia, sem relacioná-la com os determinantes do processo saúde-doença.

O exercício do enfermeiro ao prestar assistência ao paciente está relacionado ao seu modo de pensar, as suas crenças e valores referentes à saúde. Em um estudo bibliográfico Moraes et al (2011) comprovaram que a racionalidade científica na qual o enfermeiro está imerso é um fator determinante no modelo assistencial curativista e fragmentado, em que o objetivo é a cura física do doente.

Por sua vez, 10 enfermeiros relacionaram a patologia como um problema de saúde pública, relacionada a fatores econômicos desfavoráveis atingindo indivíduos em todas as faixas etárias, como identificados nas falas a seguir:

*"Tuberculose é uma doença muito antiga, mas apesar disso, ainda é considerada um problema de saúde pública. Penso que é uma doença de fácil diagnóstico e fácil tratamento, só que a falta de saneamento básico e melhores condições de saúde básica dificultam o sucesso do tratamento" (E19)*

*"É um problema de saúde prioritário no Brasil devido a sua morbi-mortalidade bastante relacionada com as condições precárias de vida" (E21)*

*"Problema de saúde pública prioritário para nosso país, grave, endêmico, porém tratável e relativamente de simples condições" (E28)*

*"Acredito que ainda é uma doença muito prevalente em nossos dias atuais, apesar dos tratamentos se atualizem e se reforcem constantemente, ainda há muitos casos novos surgindo" (E11)*

Tais discursos retratam um conhecimento epidemiológico da TB pelos participantes, o que possibilita pensar que os enfermeiros estão atualizados sobre os dados da vigilância epidemiológica, fator considerado relevante no desenvolvimentos das ações dos programas de controle de doenças infectocontagiosas e crônicas.

Os dados epidemiológicos são essenciais no desenvolvimento eficaz no modelo assistencial da ABS, visto que é através dessas informações que são definidas as políticas públicas de saúde, na descentralização e integralização dos serviços de saúde na execução dos programas, avaliação da eficácia das práticas desenvolvidos pelos profissionais de saúde e na investigação de novas endemias (SOUZA et al 2011). Diante do exposto é satisfatório o conhecimento dos profissionais sobre a epidemiologia da TB, pois nota-se o conhecimento da existência da PNCT e a importância da sua execução de forma eficaz.

Entretanto, 06 profissionais proferiram que a TB é uma patologia envolvida por estigmas e preconceitos, conforme visualizado a seguir:

*"TB é uma doença considerada como um problema de saúde pública e que possui grande estigma. Graças a Deus hoje já possui cura e a mesma é de fácil acesso a população" (E3)*

*"É uma doença infecto-contagiosa, endêmica na nossa localidade, que possui cura, estigmatizante diante do preconceito do doente, de seus familiares e da comunidade e de difícil adesão ao tratamento devido aos seus efeitos colaterais" (E4).*

*"Patologia que traz consigo: preconceito, marginalização, etc (E8)*

*"Doença contagiosa de grande estigma social" (E15).*

*"A tuberculose é uma doença curável, tratamento gratuito, mas com poder de preconceito enorme por parte do paciente, família e comunidade o que muitas vezes prejudica o tratamento, o seu diagnóstico e a cura da doença" (E24).*

Nota-se nas falas transcritas que os enfermeiros possuem visão social da TB, visto que eles correlacionam a doença com o estigma e preconceito existente por parte do paciente, familiares, comunidade e até mesmo do profissional, sendo este um dos principais problemas enfrentados no controle da TB predispondo a não aceitação da doença e abandono do tratamento.

O estigma, é um sinal corporal contrário as condições morais e físicas propostas pela sociedade, o que dificulta a aceitação do indivíduo pela população e o preconceito, o qual é o julgamento infundado sobre uma pessoa (VIDERES, 2010), ambas são características históricas da TB, visto que a mesma era tida como uma doença fatal e como um castigo de Deus para os indivíduos pecadores.

Essas características geram uma alteração biopsicossocial no portador da TB, bem como, na sua família, visto que a mesma gera estigma e preconceito, gerando sentimentos de angústia, ojeriza, raiva no próprio paciente e familiares, ocasionando muitas vezes o isolamento do paciente ou a não aceitação da doença.

Corroborando com o que foi explanado, Pôrto (2007) afirma em seu estudo bibliográfico sobre as representações sociais da TB na passagem do século XIV e XX que o principal desafio do controle da TB é a estigmatização da doença, visto que a mesma socialmente é considerada algo digno de censura, representando o último estágio da miséria humana, sendo um fator essencial nas representações sociais do tuberculoso. A persistência do estigma com a TB e com o tuberculose é um grave problema de saúde pública, uma vez que os portadores da TB não aceitam facilmente a patologia e com isso retardam o início do tratamento.

Ao serem indagados sobre as ações que os mesmos desenvolvem nas unidades de saúde, a qual atuam, os participantes elencaram as principais práticas relacionadas ao controle da TB desenvolvidas por eles nos seus respectivos campos de trabalho. As principais ações estão demonstradas na tabela a seguir:

Na tabela 4 verifica-se que 16,8% dos participantes realizam o tratamento nas unidades de saúde, seguido de 15,7% educação em saúde, 13,5% realizam a busca ativa, 11,2% desenvolvem o controle dos contatos, 10,1% administram a vacina da BCG, 6,7% notificam os casos novos, 6,7% realizam o diagnóstico, 6,7% solicitam os exames propostos, 6,7% realizam a visita domiciliar, 3,4% encaminham o paciente para um médico especialista, 1,1% realizam a quimioprofilaxia na ESF e 1,1% afirmou não possuir casos de TB na UBS.

realizar como ações de educação em saúde as práticas educativas, como palestras, distribuições de materiais informativos, as quais são realizadas apenas nos momentos de campanha ou em função do aparecimento de novos casos de patologia na comunidade.

A busca ativa foi outra ação citada pelos participantes considerada de grande relevância no combate a enfermidade, pois diante da busca dos sintomáticos respiratórios é realizado o diagnóstico precoce e o início do tratamento evitando assim a proliferação da bactéria entre a comunidade e possibilitando a cura do paciente. A busca ativa geralmente ocorre durante as visitas domiciliares.

Uma atividade citada chama atenção devido a falta de capacitação dos profissionais com relação aos portadores de TB, que é o encaminhamento do paciente para os médicos especialista provocando assim a centralização das ações em um centro de referência, situação essa contrária o que é preconizado pelo MS, o qual propõe a descentralização das ações para as ESF.

Outro fato que despertou o interesse, mesmo que em quantidade mínima, foi a afirmação do profissional em dizer que não possui paciente com TB, nos levando a acreditar que as ações de combate a TB estão associadas apenas a cura do tratamento, ou seja, as ações do PNCT só são colocadas em prática após diagnóstico da doença, não sendo desenvolvidas as ações de prevenção da doença.

Quando indagados sobre como são realizados os cuidados ao doente de TB e sua família, 16 profissionais relataram que os mesmos são desenvolvidos através do acolhimento, diagnóstico, tratamento, busca ativa e controle dos comunicantes, como podemos perceber nas falas abaixo:

*“Através da vinda do paciente a unidade, onde o mesmo é encaminhado para a realização dos exames, se for positivo, todo mês o paciente vem a unidade para receber a medicação e tomar a dose supervisionada e para avaliação clínica. É realizada a busca ativa dos comunicantes, solicitado o PPD e administrado a BCG” (E1).*

*“O ACS é quem realiza a busca ativa, quando existe algum caso suspeito elas pedem para o paciente ir até a unidade. Quando o paciente vai fazemos a consulta, ele passa pelo médico e os exames são solicitados. Caso o resultado seja positivo a medicação é entregue mensalmente e o ACS fica supervisionando diariamente a tomada dessa medicação. A família é orientada sobre os cuidados, solicitado o exame e encaminha para a policlínica para tomar a BCG” (E16)*

*“Verificar o peso do paciente a cada 15 dias; verificar as tomadas das medicações (todos os dias em jejum); verificando os sinais de alteração hepática (como icterícia), ou outros sinais como intolerância médica (dores, vômitos), mantendo o paciente em isolamento respiratório por 15 dias” (E18)*

*“O paciente é avaliado como sintomático respiratório há + de 2 semanas, encaminhado para baciloscopia, se positiva, encaminhado para o médico da UBS, para prescrever o medicamento e início do DOT's, se negativo encaminhado para o RX. Comunicantes são avaliados, se há sintomas, adultos encaminhados para baciloscopia e teste tuberculíneo e crianças para teste tuberculíneo” (E28)*

*“Encaminhados para acompanhamento com especialista, tratamento é gratuito e o recebimento da medicação no setor de referência responsável, a família (contatos direto) recebem a vacina neste mesmo setor” (E22).*

*“Com dialogo e conscientização. Ter cuidado para não assustar o paciente, devemos procurar não falar na 1 consulta todos as possíveis reações ao medicamento, tirar duvidas, assegurar-lhe de que poucos dias após o início do tratamento correto, não há perigo de contágio, que o doente pode levar uma vida normal, que ele não precisa ser isolado, nem separar seus utensílios, etc. Agendá-lo mensalmente para consulta médica, ter controle dos contatos do paciente (comunicantes), controlar e convocar os faltosos e realizar visita domiciliar. Reforço da BCG” (E2).*

Através da análise dos discursos, percebe-se que os profissionais não realizam adequadamente o acolhimento ao paciente, pois este é caracterizado apenas como encaminhamentos e esclarecimentos sobre a patologia, visto que diante das alterações biopsicossociais que envolvem o portador de TB é necessária uma assistência qualificada, integral e humanizada.

O acolhimento é um instrumento essencial na reorganização do modelo de assistência a saúde, pois é através dele que o indivíduo possui acesso universal, ao sistema de saúde com resolutividade e de forma humanizado. Santos e Santos (2011) afirmaram em seu estudo bibliográfico que o acolhimento no PSF é considerado como uma ação fundamental para a política de humanização, pois possibilita que o profissional priorize as situações de maior vulnerabilidade biológica, econômica e social, potencializando a educação em saúde.

Resultado semelhante foi encontrado por Silva e Alves (2008) quando as mesmas afirmaram em seu levantamento bibliográfico que a identificação das principais ações de acolhimento desenvolvidas nas ESF são a triagem administrativa, os encaminhamentos e a recepção burocrática. Esses tipos de ações proporcionam uma assistência excludente, não possibilita a formação de vínculo entre profissional/usuário, ocasionando um atendimento fragmentado, e colabora para a não adesão dos pacientes a terapia e uma inadequada prevenção e controle dos agravos.

Um fato que chama atenção é que nas localidades estudadas, o atendimento e ações ao suspeito com TB, bem como aos casos confirmados são realizados na Policlínica, centro de referência da patologia nos municípios, principalmente os exames de diagnóstico, a entrega dos medicamentos, visto que os mesmos são armazenados nesse setor, bem como a dose



supervisionada e a administração da BCG de algumas unidades de saúde. Essa dinâmica de trabalho leva a crer que as ações de combate a TB ocorrem de forma parcialmente centralizada, visto que os pacientes são diagnosticados clinicamente nas unidades e encaminhados para o centro de referência e a deficiência dos profissionais sobre a problemática em questão.

Essa prática vai desencontro as propostas e princípios elencados pelo PNCT, que visa a descentralização das ações para as ESF, a facilidade do acesso, a assistência integral, contínua e humanizada, exames laboratoriais e radiológicos gratuitos, acessível e de rápida entrega, o DOT's e o controle dos comunicantes, através da busca ativa, exames e administração da BCG (BRASIL, 2011).

A busca ativa na comunidade pelos sintomáticos respiratórios é desenvolvida pelos ACS, visto que esses profissionais estão diariamente em contato com a população e a enfermeira se detém a atividades burocráticas e assistenciais que ocorrem no interior da unidade, favorecendo assim uma assistência fragmentada e a não formação do vínculo entre os profissionais/ usuários dificultando assim a adesão ao tratamento e a contradição das ações propostas à equipe multiprofissional da saúde.

Em um estudo realizado em uma comunidade Potiguar, Nóbrega et al (2010) comprovou que a busca ativa, mesmo os profissionais de enfermagem reconhecendo a importância da mesma no combate a TB, são realizadas de forma espontânea pelos ACS e nas mobilizações realizadas pela equipe de vigilância epidemiológica, contribuindo assim para o retardo do diagnóstico e notificação dos casos.

Outros 6 enfermeiros proferiram que a assistência ao portador de TB e a sua família é realizada através das visitas domiciliares e dos exames de diagnóstico, como percebemos a seguir:

*"Visitas domiciliares por toda a equipe: médico, enfermeira, ACS, téc. Enfermagem, nasf; sol. de baciloscopia e PPD" (e8)*

*"Visitas domiciliares frequentes aos portadores de TB e familiares, enfatizando a importância quanto ao uso de medicação, reações adversas, doença, alimentação, etc. Exames e consultas frequentes; fazer a busca ativa aos familiares mais próximos do portador de TB e encaminhar para a unidade básica de saúde, para exames" (E13).*

*"Os cuidados são realizados a nível ambulatorial com distribuição gratuita dos medicamentos, realização de baciloscopia, acompanhamento clínico periódico e visita domiciliar para acompanhamento do tratamento em domicílio. Quanto a família todos os contatos intradomiciliares devem comparecer ao serviço de saúde para exames" (E21).*

*“Visita domiciliar mensal, entrega da medicação, verificação de peso e orientações gerais e exames quando necessário. Controle dos comunicantes: baciloscopia, RX ou PPD dependendo do caso” (E20).*

Percebe-se a partir das falas que a visita domiciliar acontece de forma frequente com dois objetivos: tratamento observado e o controle dos comunicantes. Essa prática é essencial para a avaliação da vulnerabilidade social e econômica do paciente, identificação de sintomáticos respiratórios nos comunicantes e disseminar informações sobre a saúde, sendo uma ferramenta importante na formação do vínculo afetivo, o que possibilitará melhor eficácia das ações de combate a TB.

Nas visitas domiciliares citadas, percebe-se o envolvimento de toda a equipe de saúde e do NASF, o que favorece uma assistência integral e contínua, com todos os aspectos do doente sendo avaliados e considerados pela equipe, contribuindo para uma adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida do indivíduo.

Porém, nota-se que as atividades relacionadas aos comunicantes se resumem apenas a solicitação de exames, excluindo ações relevantes como administração da BCG e apoio psicológico.

O apoio familiar foi citado por dois participantes como atividade desenvolvida e a ser praticada no cuidado a TB, como se pode observar nas falas:

*“A família precisa dar apoio afetivo e psicológico e não deixar que o paciente se sinta inferior para que isso não possa fazer com que ele pare o tratamento” (E14).*

*“Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família, lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente” (E25).*

Diante do tabu e do preconceito que envolve a TB e da mesma afetar o indivíduo em todos os níveis, incluindo o psicossocial, os familiares devem receber um apoio integral da equipe de saúde, sendo esclarecidos todas as dúvidas e mitos relacionadas a patologia, a importância da realização completa do tratamento, pois os mesmos são fatores que influenciam na adesão e continuação do tratamento pelo paciente.

A família é o alicerce social, espiritual e material do indivíduo, sendo essencial que os familiares do doente de TB sejam orientados sobre as características da enfermidade e todo plano terapêutico e os fatores de risco envolvidos (NOGUEIRA et al, 2011).

Diante da necessidade da família vivenciada nesse período de crise, na qual o preconceito, negação, medo se instalam no paciente e em todos os comunicantes, é necessário

que os setores de saúde, educação, ação social, se articulem possibilitando aos sujeitos melhor compreensão social da situação vivenciada satisfazendo as necessidades de todos os envolvidos.

Outros 02 participantes relataram realizar orientações gerais como cuidado ao doente e seus comunicantes, como se pode observar a seguir:

*“Com respeito, procurando mantê-los informados sobre a sua evolução no tratamento” (E23).*

*“É fornecido informações sobre o tratamento e sobre a doença e os cuidados a serem tomados” (E27).*

Diante das falas, mais uma vez os enfermeiros demonstraram a importância do doente e seus familiares serem conscientes e informados sobre a patologia, seu tratamento e evolução para que seja obtida a cura.

Evidenciando a importância da informação nos cuidados a TB, Paixão e Gontijo (2007) afirmaram em suas pesquisas que o nível de informação sobre a doença é considerado um fator de proteção e decisivo na adesão ao tratamento e o desconhecimento da possibilidade de cura ou da ausência de sintomas após o início do tratamento pode incentivar o abandono do mesmo. Porém, apenas o repasse das informações para os indivíduos não é satisfatório na disseminação da saúde e no controle da TB.

Durante a coleta, 03 enfermeiros relataram não haver pacientes com TB nas unidades de saúde que atuam, resultando na não execução de ações de controle da mesma. Esse de tipo atitude remete ao modelo biomédico, na qual as ações são apenas de cunho curativo.

Essa situação pode estar relacionada com o modelo de ensino dos cursos de Enfermagem, na qual os componentes curriculares se referenciam pelo modelo curativista, sendo o modelo técnicoassistencial implantado recentemente nas universidades.

Ao serem indagados sobre as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações de combate a TB os profissionais elencaram os diversos tipos de entraves, nos quais podem ser visualizados na tabela a seguir, sendo os principais entraves no desenvolvimento das ações de combate a TB: adesão ao tratamento (16,4%), estigma e preconceito (16,4%), abandono do tratamento (14,5%), falta de compromisso dos profissionais (5,4%), falta de incentivos dos gestores (5,4%), resistência dos familiares (5,4%), condições socioeconômicas baixas (5,4%), realização da baciloscopia (3,6%), falta de notificação (3,6%), falta de comunicação entre a equipe (3,6%), uso de álcool e droga (3,6%).

**Tabela 5:** Dificuldades na operacionalização das ações de combate a TB

Variável	<i>f</i>	%
Adesão ao tratamento	09	16,40%
Estigma e Preconceito	09	16,40%
Abandono do tratamento	08	14,50%
Falta de Compromisso dos profissionais	03	5,40%
Falta de incentivo dos gestores	03	5,40%
Resistência dos familiares	03	5,40%
Condições socioeconômicas baixa	03	5,40%
Realização da baciloscopia	02	3,60%
Falta de Notificação	02	3,60%
Falta de comunicação entre a equipe	02	3,60%
Álcool e droga	02	3,60%
Efeitos colaterais da medicação	02	3,60%
Não foram visualizadas dificuldades	02	3,60%
Acessibilidade ao serviço	01	1,80%
Não tem paciente com TB	01	1,80%
Não respondeu	01	1,80%
Total	55	100%

Nota: Os participantes responderam mais de uma alternativa

A adesão ao tratamento, segundo os participantes, é o principal entrave encontrado por eles na operacionalização das ações de controle a TB, visto que se o paciente não aderir ao tratamento não ocorrerá à interrupção da cadeia de contágio e conseqüentemente o surgimento de casos novos, sendo o agravamento do estado clínico do paciente outra implicação da não adesão ao tratamento.

Entre as principais causas da não adesão do paciente a terapia prevalece, o estigma e o preconceito, a resistência da família na aceitação da patologia e a relação do paciente com os profissionais de saúde. Corroborando com essa afirmativa Reiners et al (2008) em sua pesquisa realizada sobre a adesão de pacientes ao tratamento de saúde verificou que os principais fatores que influenciam na adesão do paciente a terapia são relacionados ao próprio tratamento, a doença, ao paciente, aos serviços de saúde e aos profissionais que atuam nos serviços.

O estigma e o preconceito são características da doença desde os seus primórdios, e acarreta a não aceitação da doença pelo paciente e sua família, o que retarda o início do tratamento. Queiroz e Nogueira (2010) relataram que ao confirmar o diagnóstico de TB, o

paciente sente-se culpado e responsável por ter contraído a doença, com medo de expor a situação aos familiares, que podem apresentar o mesmo pensamento sobre a patologia, retardando a comunicação do seu estado de saúde aos mesmos e começar a ignorar a patologia até o momento em que começa afetar sua vida diária.

A adesão ao tratamento é uma consequência de uma parceria que envolva os profissionais de saúde e o paciente, visto que o modelo de assistência à saúde da ESF e o PNCT priorizam a co-responsabilidade do paciente na sua terapia, tendo o diálogo como instrumento na formação do vínculo entre quem cuida e o que é cuidado (SÁ, 2012).

Souza et al (2010) enfatizaram que é essencial que a relação entre a ESF e o doente de TB seja permeada por uma comunicação, na qual o profissional compreenderá a percepção do doente acerca da patologia a qual está acometido e o paciente sobre os objetivos e etapas do tratamento, proporcionando assim uma construção conjunta do plano terapêutico.

O abandono do tratamento foi outra dificuldade de relevância citada pelos profissionais, visto que o mesmo ocasiona resistência às drogas, aparecimento de casos novos, pois os pacientes voltam a transmitir a doença. As principais causas de abandono terapêutico estão relacionadas ao nível de informação do doente, as condições socioeconômicas, a terapia, aos serviços de saúde e aos profissionais do setor, sendo algumas dessas citadas pelos participantes da pesquisa.

As condições socioeconômicas desfavoráveis associada a falta de informação ocasionam o abandono ao tratamento, visto que a TB acomete principalmente pessoas de baixa renda e escolaridade, devido a necessidade de laborar e a assimilação errônea sobre a patologia e sua terapia.

Sá et al (2007) em uma pesquisa realizada em João Pessoa no Estado da Paraíba relaciona o abandono do tratamento com a falta de conhecimento do indivíduo sobre a patologia, o que ocasiona a ingestão inadequada da medicação e a interrupção do tratamento após a regressão dos sintomas ocasionada pelo início do tratamento.

O plano terapêutico da TB pode proporcionar o abandono do tratamento devido a sua tomada da medicação ser supervisionada, o que acarreta o deslocamento do paciente para a unidade e a falta de expediente no trabalho, o longo período de tratamento, a quantidade de medicação e os efeitos colaterais. Sá et al (2007) em sua pesquisa constatou que a principal causa de abandono do tratamento está relacionada a duração do tratamento associada a regressão dos sintomas no primeiro mês do tratamento.

A organização dos serviços, evidenciada pela acessibilidade e pela realização da baciloscopia, também foram referidas como entraves. Na realidade local, essa dificuldade está

caracterizada pela realização dos exames laboratoriais ocorrerem na Policlínica, o que ocasiona uma demora na entrega dos resultados bem como o deslocamento do indivíduo, na qual neste mesmo setor é dispensado a medicação mensalmente. Essa prática é contrária a estabelecida pelo PNCT, na qual os princípios de descentralização e integralidade estão ausentes.

Outro fator citado foi à falta de incentivos dos gestores. Essa falha é sentida por todos os atores envolvidos nesse cenário, os profissionais pela falta de incentivo na realização de cursos de capacitação, os pacientes pelo não repasse dos vales transportes e cestas básicas, itens preconizados pelo MS, diante da dificuldade econômica na qual a maioria dos pacientes estão inseridos e pelas alterações gástricas decorrentes da medicação.

Alguns profissionais preferiram não ter identificado dificuldades no desenvolvimento das ações de combate a TB, isso possibilita pensar que os mesmos não possuem e não possuíram pacientes com TB, ou não são executadas essas ações na unidade de saúde.

Quando questionados sobre as expectativas no controle a TB, 10 enfermeiros relataram ser a cura e erradicação da doença, como observado a seguir:

*"Minhas expectativas são as melhores, a CURA. Porém, principalmente a erradicação dessa doença que há muito já se descobriu o tratamento" (E2).*

*"Cura do paciente sem abandono e sem complicações" (E15).  
"Erradicação dos casos" (E27).*

A cura e a erradicação da doença como expectativa nas ações de combate a TB, reflete o pensamento biomédico dos enfermeiros, visto que a preocupação dos mesmos é com a patologia, o estado físico do paciente.

Outros 05 participantes preferiram a redução dos índices de abandono do tratamento, como identificados nas falas a seguir:

*"Conseguir que o tratamento seja realizado durante o esquema de 1 ano." (E8)*

*"Que as pessoas precisam se conscientizar-se de que é uma doença contagiosa e que pode ser fatal. Que é fundamental fazer o tratamento correto" (E14).*

*" Verifica-se a importância da adoção de tratamento adequado com utilização de esquemas terapêuticos de alta tolerância e uso regular da medicação" (E21).*

Diante de o abandono ser um dos maiores entraves no combate a TB relatados pelos profissionais de enfermagem na discussão anterior, é considerável que os mesmos esperem

que ocorra a diminuição dos números de casos de abandono contribuindo assim para a eficácia das ações preconizadas pelo PNCT.

Corroborando com a expectativa, Alves et. al. (2012) afirmam que a prevenção do abandono do tratamento é um desafio no combate a TB, sendo necessário a organização e planejamento de ações coerentes ao que é preconizado pelo PNCT e ESF, contribuindo para a efetivação da integralidade das ações e com uma melhor estruturação do SUS.

Para 04 participantes, a perspectiva na realização das ações preconizadas pelo PNCT é o controle da principal dificuldade enfrentada pelos mesmos na vivência das ações desenvolvidas nas unidades de saúde na qual atuam. Essa expectativa pode ser evidenciada através das seguintes falas:

*“Os pacientes portadores de TB tenham uma maior adesão ao tratamento facilitando assim sua cura” (E1).*

*“1º) detecção precoce dos sintomáticos respiratórios, 2º) adesão do doente ao tratamento, 3º) adesão da família na investigação dos comunicantes sob transmissão da TB, 4º) educação da família e vizinhos sobre a TB, seus sintomas, a possibilidade da cura e o tempo de tratamento” (E4).*

*“Se trata da adesão e compromisso dos gestores municipais, estaduais e federais frente a mobilização da sociedade frente ao acompanhamento do portador de TB, desde a busca ativa na comunidade até a detecção dos casos novos e consequentemente ao tratamento, reabilitação e cura da doença” (E5).*

*“Que o usuário consiga aderir ao tratamento e obter a cura” (31).*

Conforme elucidado anteriormente, a adesão do paciente ao tratamento está intimamente relacionado as questões sociais, econômicas do paciente e a organização dos serviços, sendo necessário um apoio da gestão e um melhor desenvolvimentos de ações de educação em saúde, para finalmente obter a cura do paciente, pois o primeiro passo para a cura é o início do tratamento.

A adesão ao tratamento é uma das perspectivas dos profissionais ao iniciarem uma assistência com um paciente, visto que a Enfermagem atua na expectativa do cuidado com objetivo do doente obter uma melhor qualidade de vida, e o portador de TB melhora sua qualidade de vida a partir do início do seu tratamento.

Outros 04 enfermeiros relacionaram a redução do preconceito e a conscientização da população como expectativa na eficácia das ações de combate a TB, visto que a doença é estigmatizante e preconceituosa, dificultando assim a aceitação da doença, adesão do

tratamento e conseqüentemente a cura do doente. Essa variável pode ser observada nos discursos abaixo:

*“Que diminua o preconceito da população com relação a TB, que os doentes procurem com mais frequência e rapidamente a unidade de saúde” (E3).*

*“Espero que a sociedade compreenda e se comprometa diante do assunto abordado” (13).*

*“Vacinação, conscientização da população, campanhas” (E17).*

*“Espero que a população tome mais conhecimento sobre a importância da vacina BCG, ...” (E18).*

Para que o preconceito e o estigma sejam reduzidos, é necessário que a população seja informada e conscientizada sobre a patologia, seu tratamento, sendo esclarecidas todas as dúvidas e desmitificada é necessário a ampliação das ações de educação em saúde, visto que esse é um instrumento transformador no modelo de assistência á saúde.

Trigueiro et al. (2012), afirmaram em seus estudos que a educação em saúde é um alicerce da na promoção e prevenção das doenças, permitindo uma melhor entendimento dos usuários da ESF acerca do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para adotarem novos hábitos de vida e medidas de saúde e a participação ativa da comunidade, a família e/ou indivíduos nas ações de combate a TB diante de sua gravidade social e extensão.

Por sua vez, 03 participantes relacionaram suas perspectivas com a estruturação das unidades de saúde e com a capacitação profissional.

*“Adequação das estruturas das unidades e profissionais mais treinados para detecção precoce da TB” (E6).*

*“Apesar que na minha área de atuação não temos casos de TB, mas gostaria muito que houvesse uma intensificação de trabalhos na atenção básica, com oficinas capacitando-nos” (E23).*

*“Que as autoridades assegurem os recursos do SUS p/fazer o diagnóstico e garantir o tratamento e a cura da TB” (E29).*

Observa-se através das falas que os profissionais se consideram sem qualificação e conhecimentos para desenvolvimento das ações de controle a TB, sendo uma das suas expectativas que os gestores disponibilizem os recursos para que os mesmos sejam capacitados, visto que é um direito dos profissionais e que adéqüem a estrutura física das



unidades de saúde, contribuindo com um melhor acesso, acolhimento e assistência à população.

Rodrigues et. al. (2010), relatam que a estrutura física e a relação dos profissionais com o usuário são dificuldades que impossibilitam a cura do paciente, visto que a ausência de consultórios que proporcionem a inadequada privacidade ao paciente, a distância da unidade da residência do doente, falta de informação dos profissionais aos pacientes. O despreparo do profissional acarreta a não disseminação das informações em saúde, visto que o mesmo pode possuir uma visão biologicista.

Outros 03, enfermeiros proferiram as boas expectativas quando questionados sobre as perspectivas com relação a operacionalização das ações de TB, como verifica-se nas falas a seguir:

*“As melhores possíveis” (E7).*

*“Positivas, é através deste trabalho dia-a-dia que se combate a Tb” (E12).*

*“Já melhorou um pouco com o uso da medicação 4 em 1; espero que melhore cada vez mais” (E20).*

As mudanças na operacionalização do combate a TB, nos últimos tempos, proporcionaram melhorias e uma maior eficácia na cura do paciente, visto que as mesmas contribuíram para uma qualidade de vida do doente e redução dos índices de abandono. Esse avanço na saúde contribui para que os profissionais criem expectativas positivas com relação a novas descobertas relacionadas à cura e a prevenção da patologia.

Um profissional elencou o investimento em saneamento básico como uma perspectiva de melhorias no combate a TB e redução de casos novos, como identificado na fala a seguir:

*“Espero que sejam investidos mais recursos em saneamento, para que a população se sinta valorizada, se eduque no aspecto da higienização e entenda que a prevenção é a melhor forma de se ter saúde” (E19).*

A TB está intimamente relacionada às condições socioeconômicas e higiênicas da população, sendo os indivíduos de baixa renda os mais acometidos pelo BK, sendo essencial e direito que todos os indivíduos possuam acesso a um saneamento básico, pois através dele é evitada a proliferação de várias patologias.

Na tabela a seguir estão elencadas as ações referidas pelos profissionais ao serem questionados sobre o que seria necessário para melhorar a eficácia das práticas realizadas no combate a TB:

**Tabela 6:** Ações necessárias para melhorar a eficácia das ações de combate a TB

Variável	f	%
Educação em Saúde	14	22,60%
Capacitação profissional	13	21,00%
Recursos materiais disponíveis	06	9,70%
Maior envolvimento dos gestores	05	8,10%
Maior compromisso da equipe	05	8,10%
Intensificação da busca ativa	04	6,40%
Monitoração do paciente e comunicantes	03	4,80%
Diminuição do tempo de tratamento	03	4,80%
Diagnóstico precoce	02	3,20%
Notificação dos casos	02	3,20%
Parceria com outros setores	01	1,60%
Suporte familiar	01	1,60%
Total	62	100%

Nota: Os participantes relataram mais de uma opção.

Analisando a Tabela 6, percebe-se que a educação em saúde (22,6%) foi a ação mais preferida entre os enfermeiros, o que leva a acreditar na mudança de pensamentos dos enfermeiros diante da transição do modelo biomédico para o tecnoassistencial, a qual a educação em saúde é um instrumento utilizado na prevenção e promoção à saúde.

Com o objetivo de promover a saúde no âmbito da ABS, a ESF desenvolve práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do autocuidado dos doentes, contribuindo para a inserção do doente na responsabilização do processo terapêutico, elaborando em consenso com os profissionais as estratégias utilizadas na terapia. O diálogo, a troca de conhecimento, a interdisciplinaridade são os meios utilizados para disseminar e promover a saúde (SÁ et al., 2013).

Porém, para o desenvolvimento da educação em saúde é necessário o envolvimento de toda a equipe de saúde, recursos financeiros disponibilizados pelos gestores e a capacitação profissional, fatores esses citados pelos enfermeiros como ações que potencializem as ações de combate a TB.

Outro fator elencado pelos enfermeiros foi à capacitação profissional, o que vem a concordar com o fato dos profissionais não executarem integralmente as atividades de combate a TB, evidenciado pela não realização de cursos de treinamentos sobre a temática nos últimos anos, e também, ressalta-se o descaso dos gestores em não estar promovendo os cursos de aperfeiçoamento, os quais são preconizados no PNCT como um dever da gestão e um direito do profissional.

Segundo Oliveira et al. (2013) a qualificação profissional é um aspecto que influencia nas ações de combate a TB, pois o conhecimento insuficiente sobre fatores de risco e diagnóstico concorrem para o retardo do diagnóstico e cura do paciente. Diante da realidade local é cabível a criação de um programa de educação continuada com os profissionais atuantes nas ESF o que contribuirá para a promoção da autonomia, integralidade, criatividade e humanização requisitos essenciais na assistência primária.

A variável correspondente ao envolvimento dos gestores está acoplado as demais variáveis: recursos disponíveis e educação em saúde, visto que é a gestão os responsáveis pelo fornecimento dos recursos humanos e materiais utilizados no processo de combate a TB, sendo fatores relevantes na organização do serviço de controle a doença e na melhorias da qualidade de vida do doente e sua família.

Nóbrega et. al. (2013) em um estudo realizado em um Distrito Sanitário Indígena verificaram que os principais problemas enfrentados na implementação dos cuidados ao portador de TB, estão relacionados a ausência de transportes e cestas básicas para os doentes, deficiência no rede de diagnóstico e o despreparo dos profissionais.

Nos municípios de Sousa e Cajazeiras, existe centralização da rede de diagnóstico, a qual ocorre na Policlínica de ambas as cidades, o que favorece um atraso na entrega dos resultados e o não auxílio alimentação e transporte o que possibilita o aumento do número de abandonos de tratamento. Diante da situação atual, é necessário que os gestores facilitem o acesso ao diagnóstico, descentralizando as ações para as unidades de saúde, viabilizando os recursos materiais de auxílio ao portador de TB estabelecidos no PNCT e incentive os profissionais de saúde a realizarem as capacitações.

O compromisso dos profissionais com as práticas de combate a TB é outra variável considerada na eficácia do controle da doença, pois os mesmos são responsáveis diretos pelo diagnóstico precoce, realização do tratamento adequado, notificação dos casos, monitoramento do paciente e controle dos comunicantes. Essas ações devem ser realizadas pela equipe multiprofissional atuante na ESF, pois o paciente necessita de uma abordagem integral e humanizada.

A notificação do caso é uma ferramenta importante na avaliação da eficácia das ações e no planejamento das ações na comunidade, diante da análise epidemiológica gerada pela informação dos casos novos nos sistemas de informação pertinente o SINAN.

O resultado elucidou a intersetorialidade como uma maneira de melhorar a eficácia das ações de combate a TB. As práticas intersetoriais deverão ser orientadas pelos princípios do SUS, sendo priorizadas as ações que favorecem uma organização adequada dos serviços de saúde, como por exemplo ações em conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs AD), favorecendo uma assistência integral ao alcoólatra portador de TB, com a assistência social viabilizando cestas básicas e vales transportes para os pacientes, com o setor de educação promovendo treinamentos para os profissionais

Para que ocorra a operacionalização adequada das ações de controle a TB, é necessária a contribuição de todos os atores envolvidos no processo, paciente, família, profissionais e gestores, visto que as ações são desenvolvidas no âmbito da atenção primária, cujos princípios são integralidade, equidade, descentralização e humanização.

## 6. CONCLUSÃO

A TB é uma doença infectocontagiosa de curso lento e insidioso, estigmatizante e preconceituosa, considerada um grave problema de saúde pública. Com a finalidade de reduzir os índices de morbimortalidade que envolvem a patologia foi criado o PNCT, cuja operacionalização das ações de combate a enfermidade é desenvolvida no âmbito da APS, com ênfase na promoção e prevenção da saúde, tendo o enfermeiro como um ator ativo e fundamental na execução eficaz das ações preconizadas.

Diante da importância do profissional de enfermagem para as ações desenvolvidas nas ESF, bem como as de combate a TB e a patologia ser endêmica na localidade estudada, buscou-se identificar as principais ações de combate a patologia são desenvolvidas nas UBS pelos enfermeiros, bem como as principais dificuldades enfrentadas na implementação das ações por esses profissionais e sua perspectivas sobre a problemática estudada.

A partir dos resultados verifica-se a predominância do sexo feminino entre os enfermeiros das unidades de saúde de Sousa e Cajazeiras, com faixa etária entre 30 e 39 anos, titulação de pós-graduação e a renda pessoal mensal no intervalo de 2 a 4 salários mínimos, o que evidencia os baixos salários dos enfermeiros na região.

Os profissionais das unidades de saúde estudadas, em sua maioria, possuem pensamento biomédico sobre a TB, o que influencia no desenvolvimento fragmentado e centralizado das ações voltadas para prevenção da patologia. Essa fragmentação é caracterizada pela divisão das funções assistenciais e preventivas entre os membros da equipe de saúde, o que colabora para a não adesão e abandono do tratamento pelos pacientes, sendo estes os principais entraves encontrados pelos profissionais na operacionalização das ações de combate a doença.

Diante dos resultados obtidos, é necessário investir no fortalecimento do conhecimento através de aperfeiçoamento e cursos que permitam um melhor desempenho do profissional individualmente, assim como de toda a equipe, além de permitir que a população seja educada e informada sobre a patologia e sua prevenção. Os gestores devem colocar em práticas todas as ações a eles destinadas pelo PNCT, como disponibilização de materiais para diagnóstico e tratamento da TB e auxílio social aos doentes, o que contribuirá significativamente para a redução dos índices de contágio da doença.

Finaliza-se o estudo com a satisfação de dever cumprido, diante do alcance dos objetivos propostos, mesmo com os vieses encontrados durante o procedimento da coleta de dados, como a recusa de alguns profissionais a participarem da pesquisa, e a ausência dos enfermeiros presentes na unidade na ocasião de três visitas do pesquisador.

Essa pesquisa possibilitou uma análise em nível local sobre as práticas dos enfermeiros quanto à realização de ações combate a TB, conduzindo esses profissionais a uma reflexão sobre a importância da operacionalização eficaz e a implementação de novas medidas preventivas na tentativa de reduzir a morbimortalidade, os índices de abandono do tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N; RIBEIRO, M. C. S. *Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis*. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*, Edições 70: Lisboa: Portugal, 2007.

BARRÊTO, A. J. R et al. Apoio Matricial na visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev enferm UFPE*, v. 7, n. 1, p. 46 - 52, 2013. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5184](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5184)>. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRAGA, A.L.S et al. Atuação do Enfermeiro no combate a endemias. *Rev. Enfermeria Global*, n.3, 2011. Disponível em:< [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt\\_revision4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt_revision4.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2013.

BEZERRA, A.L.Q et al. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf*, v.14, n.3, p.6186-25, 2012. Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2013.

BRASIL. IBGE. *Banco de Dados Agregados. Sistema de Download, Geociências, Organização, Divisão Territorial*. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 25 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica*. 6. ed. rev. e atual. Brasília, DF: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, DF: 2011. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_tb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: 2006. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 26 jun.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília, DF: 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

BRONDANI JUNIOR, D.A. et al. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *R. Enferm. UFSM*, v.1, n.1, p. 41-50, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1841>>. Acesso em: 12 set. 2013.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-684, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 29 jun.2013.

CLEMENTINO, F. S. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

COFEN. Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. v. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.

CONDE, M. B. et. al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol.*, v. 35, n. 10, p. 1018-1048, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a11.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

CORRÊA, A.C.P et. al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Rev. Eletr. Enf*, v.14, n.1, p.171-80, 2012. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2013.

COTTA, R. M. M. Et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 11 set.2013.

ESCOREL, S. et. al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 29 jun.2013.

FACCHINI, L. A. et. al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 jun. 2013.

FERNANDES, J.S. et. al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. *Rev Esc Enferm*, n. 46, v.2, p. 404-412, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a19v46n2.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.



FIGUEIREDO, N. M. A. *Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica*. 3 ed. São Caetano do Sul: Ed. Yendes, 2008.

FREITAS, M. C. M. C.; NUNES, B. M. V. T. Processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da família. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina, v. 3, n. 3, p. 39-43, 2010. Disponível em: <[http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/revisao/rev1\\_v3n3.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/revisao/rev1_v3n3.pdf)>. Acesso em: 22 jun.2013.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 24 jun.2013.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. P.; ARAÚJO, R.M. Pesquisa Quanti-Qualitativa em Administração: uma visão holística do objeto em estudo. *Semead*. v. 3, n. 1, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/152.pdf> Acesso em: 02 jul. 2013.

GOMES, A. L. C; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a16v43n2.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

HIJJAR, M. A. et. al. Retrospecto do controle da Tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 50-58, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. *Metodologia da pesquisa: guia prático*. Itabuna: Via Litterarum, 2010. Disponível em: <<http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. *Rev Bras Epidemiol*, v. 12, n. 2, p.144-157, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

MATUMOTO, S. et. al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 08 telas, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 30 jun.2013.

MORAIS, F.R.C. et. al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.305-310, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a22.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

NOGUEIRA, J. A. et. al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev. bras. Epidemiol.*, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

OBLITAS, F. Y. M. et. al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. *Rev Lat-Am Enferm*, v. 18, n. 01, p. 1-9, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_20.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2013.

OHARA, E. C. C; SAITO, R. X. S. *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, J.C.A, TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n.3, p.774-781, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>>. Acesso em: 11 set.2013.

PAIXÃO, L.M.M; GONTIJO,E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*, v.41, n.2, p.205-21, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n2/07-5366.pdf> >. Acesso em: 10 set. 2013.

PAULINO, V.C.P. et. al. Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ*, n. 20, v.3, p.312-316, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/687/2885>>. Acesso em: 13 set. 2013.

PERES, A. M; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>>. Acesso em: 22 jun.2013.

PINHEIRO, P. G. O. D. Et. al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev Rene*, v. 13, n. 3, p. 572-581, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/724>>. Acesso em: 30 jun.2013.

PÔRTO,A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública*, v.41, n. 1, p. 43-49, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

PROTTI, S. T. et al. Gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n. 3, p. 665-670, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/16.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

QUEIROZ,R; NOGUEIRA, P.A. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.3, p.627-637, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/14.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

RAMOS, C.S.et. al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude*, n. 8, p. 85-91, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722>>. Acesso em: 11 set. 2013.

REINERS, A.A.O. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p.2299-2306, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 12 set.2013

ROCHA, J.B.B; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *R Enferm UERJ*, n.15, v.1, p.46-52, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

RODRIGUES, I. L.A.et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP*, n. 44, v.2, p. 383-387, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n2/20.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.

RODRIGUES, G. O. A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba (1999/2005). *Rev Elet Enf*, v. 10, n. 3, p. 632-642, 2008. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/v10n3a09.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a09.htm)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 2, p. 356-363, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n2/a13v46n2.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3917-3924, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2013.

\_\_\_\_\_. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm.*, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf>>. Acesso em: 06 jul.2013.

SANTOS, I; CASTRO.C.B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. V.44, n.1, p. 154-160, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n1/a22v44n1.pdf>>. Acesso em: 13set. 2013.

SANTOS, T. M. M. G. et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do nordeste Brasileiro. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 300-305, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a03.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SANTOS, I.M.V; SANTOS,A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. salud pública*. V.13, n. 4, p. 703-716, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a15.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 17, n. 2, p. 252-256, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a20.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

SILVA, L.G; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 19, n. 2, p. 402-416, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2013

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S., ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a04.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n. 4, p. 904-911, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/07>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

SPÍNDOLA, T; MARTINS, E.R.C; FRANCISCO, M.T.R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Rev Bras Enferm*, v. 61, n.2, p. 164-169, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a04v61n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em Saúde no controle da tuberculose. *Cienc Cuid Saude*. v. 8, n.4, p.660-666, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9697/5401>>. Acesso em: 30 jun.2013.

\_\_\_\_\_. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. *Rev. Lat-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_03.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2013.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de Infectologia*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

VIDERES, A. R. N. *Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar*. 2010. 187f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Natal, 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 1741- 1756, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/313>>. Acesso em: Acesso em: 05 jul. 2013.

**APÊNCIDE**



**ANEXOS**


**ANEXO A – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL**

35

**ANEXO A – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, **Noemia Rachel de Araújo Gadelha**, Secretária de Saúde do município de Sousa (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“O processo de trabalho do enfermeiro nas ações de controle da tuberculose: desafios e perspectivas”**, a ser realizada nas Estratégias Saúde da Família no mês de setembro de 2013, tendo como pesquisadora, a profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e colaboradora Janine Marques Medeiros e Silva, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campos de Cajazeiras – PB.

Sousa-PB, 26 de agosto 2013.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Noemia Rachel de Araújo Gadelha  
Secretaria Municipal de Saúde



## ANEXO B – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

REDE ESCOLA

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “O PROCESSO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DO CONTROLE DA TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS”, à ser desenvolvido pela pesquisadora **JANINE MARQUES MEDEIROS E SILVA**, sob orientação da professora Ms. *Arieli Rodrigues Nóbrega Videres* está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

---

Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escolar - Programa Saúde na Escola  
REDE ESCOLA

## ANEXO C – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada “**O processo de trabalho do enfermeiro nas ações de controle da tuberculose: desafios e perspectivas**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Orientadora da Pesquisa

Matrícula SIAPE: 2798507

---

Janine Marques Medeiros e Silva

Orientanda

Universidade Federal de Campina Grande  
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### ESTUDO: O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

Eu, ....., residente e domiciliado na ....., portador da Cédula de identidade, RG ....., e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo "**O processo de trabalho do enfermeiro nas ações de controle da tuberculose: desafios e perspectivas**". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa conhecer os principais desafios e perspectivas do processo de trabalho do enfermeiro no combate a tuberculose no âmbito da atenção básica. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- II) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- III) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem-estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- IV) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- V) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

- ( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- ( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Observações Complementares.

VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba e a Delegacia Regional de Sousa.

Sousa-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

( ) Paciente / ( ) Responsável .....

**Testemunha 1 :** \_\_\_\_\_  
Nome / RG / Telefone

**Testemunha 2 :** \_\_\_\_\_  
Nome / RG / Telefone

**Responsável pelo Projeto:** \_\_\_\_\_  
Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

**Telefone para contato: (83) 88410524**